

Bulletin hebdomadaire infections respiratoires aiguës

Semaine 13 (25/03/2024 - 31/03/2024)



QUI NOUS SOMMES

—

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé.
Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.
Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

—

Rapport préparé par les services :

Épidémiologie des maladies infectieuses
Maladies virales
Etudes des Soins de Santé
Infections liées aux Soins et Antibiorésistance

(voir coordonnées en dernière page)

et avec la collaboration de Universiteit Hasselt et de Universiteit Antwerpen pour le Infectieradar

Avec le soutien financier de









Numéro de rapport : ISSN 2983-6921
Disponible en ligne : https://www.sciensano.be/fr/node/72870

1. REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier sincèrement tous les participants aux surveillances pour leur coopération. Sans leurs efforts continus, souvent dans des circonstances difficiles, la surveillance et le rapport ne seraient pas possibles.

2. AVANT-PROPOS

Dans le présent rapport, les termes “ILI” et “SARI” sont souvent utilisés :

- Par **ILI (Influenza-like Illness)**, nous entendons les symptômes de la grippe : fièvre, toux et/ou essoufflement et malaise général. Ces symptômes peuvent être causés par de nombreux germes différents, et pas seulement par le virus de la grippe. Il n’est pas possible de savoir quel germe en est la cause en se basant uniquement sur les symptômes.

- Par **SARI (Severe Acute Respiratory Infection)**, nous entendons une hospitalisation d’au moins 24 heures pour des plaintes graves d’infection respiratoire aiguë (fièvre, toux et/ou essoufflement).

Vous trouverez de plus amples informations sur les sources de données et les méthodes à la fin du rapport.

3. POINTS CLÉS

- **Infections respiratoires aiguës**:

  - **Surveillance par les médecins généralistes** : L'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a augmenté à 85 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 13.

  - **Surveillance des symptômes grippaux dans les maisons de repos (et de soins)** : Au cours de la semaine 13, le nombre de cas et d'hospitalisations pour 1.000 résidents était respectivement 2 et 0,4. Cette semaine, aucun décès lié à un ILI n'a été signalé.

  - **Admissions à l'hôpital** : Durant la semaine 12 l'incidence hebdomadaire des hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères a augmenté par rapport à la semaine précédente à 9,7/100 000 habitants.

  - **Mortalité (toutes causes confondues)**: La semaine 11 (11 mars) a présenté un jour de surmortalité chez les personnes de moins de 65 ans. Le nombre hebdomadaire de décès, toutes causes confondues, diminue par rapport à la semaine précédente.

- **SARS-CoV-2** :

  - **Nombre de nouveaux cas** : L'incidence à 7 jours pour la Belgique est de 2/100 000 habitants pour la période du 24 mars au 30 mars. En comparaison, pour la période précédente de sept jours celle-ci était de 2/100 000 habitants.

  - **Taux de positivité** : Le taux de positivité pour la Belgique était de 2,8% pour la période du 24 mars au 30 mars. En comparaison, pour la période précédente de sept jours, celle-ci était de 2,9%.

  - **Vaccination** : La proportion de personnes ayant reçu une dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois était de 39,4% pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 36,4% pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

  - **Surveillance par les médecins généralistes** : La semaine passée, le nombre moyen de contacts quotidiens avec un généraliste pour suspicion de COVID-19 pour 100.000 habitants est resté stable en Belgique (en moyenne 2 contacts quotidiens pour 100.000 habitants).

  - **Admissions à l'hôpital** : L'incidence hebdomadaire des admissions à l'hôpital pour des infections aiguës sévères des voies respiratoires causées par le SARS-CoV-2 parmi les patients admis avec des symptômes d'infection aiguë sévère des voies respiratoires dans le réseau d'hôpitaux de surveillance est à 0 admission pour 100 000 habitants au cours de la semaine 12.

  - **Surveillance des eaux usées** : Le nombre de zones en Tendance à la Hausse a diminué avec 9 zones en alerte cette semaine. Le nombre de zones en Haute Circulation élevée reste faible. Dans l'ensemble, les charges virales sont faibles par rapport à la 9e vague.

  - **Surveillance génomique** : Au cours de la période allant du 5 février au 3 mars, le variant JN.1 était le variant le plus fréquent chez les patients SARI positifs au SARS-CoV-2 en Belgique (15/19 échantillons).

- **Influenza** : L'incidence des consultations des médecins généralistes pour syndrome grippal due aux virus de la grippe est au niveau de base en semaine 13. L'épidémie de grippe saisonnière est considérée comme terminée. Elle aura durée de la semaine 50 (2023) à la semaine 8 (2024) inclues. Par rapport aux années précédentes, cette épidémie s'est caractérisée par une intensité moyenne et une durée relativement longue (11 semaines). Habituellement, une épidémie de grippe saisonnière dure entre 6 et 12 semaines dans notre pays. Pour la surveillance SARI, l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë

sévère due à la grippe est en diminution continue depuis la semaine 5. En semaine 12, elle a atteint 0,3 admission par 100 000 habitants

- **RSV** : Le nombre de tests de laboratoire positifs pour le RSV est au niveau de base en semaine 12. L'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère due au RSV est restée stable en semaine 11 (0,4 admission par 100 000 habitants ; données incomplètes pour semaine 12).

- **Parainfluenzavirus** : Le nombre d'infections par le parainfluenzavirus rapporté par le réseau des laboratoires vigies a dépassé le seuil épidémique depuis plusieurs semaines. En semaine 12, le nombre d'infection est en augmentation chez les jeunes enfants.

Tableau 1: Respi-Radar

(voir https://www.sciensano.be/sites/default/files/20230823_rag_respi-radar_tool_to_monitor_respiratory_viruses.pdf)

Les résultats de la semaine 13 sont basés sur 35 cabinets de médecins généralistes, 26 maisons de repos (et de soins) et 29 stations d'épuration. Les résultats de la semaine 12 sont basés sur 9 hôpitaux vigies.

	Indicateurs infections respiratoires					Indicateur spécifique COVID-19	Évaluation RAG
Semaine	Consultations de médecins généralistes pour des symptômes grippaux[a]	Consultations de médecins généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës[a]	Symptômes grippaux dans les maisons de repos (et de soins)[b]	Admissions à l'hôpital pour des infections SARI[c]	Admissions à l'hôpital pour des infections SARI avec complications graves[c]	Concentration de SARS-CoV-2 dans les eaux usées[d]	RAG
2024w4	636	1444	11	12,7	1,1	13	orange
2024w5	588	1623	14	14,8	1,7	11	orange
2024w6	557	1252	16	15,9	1,5	9	orange
2024w7	289	1061	7	11,6	1,2	3	orange
2024w8	330	1190	6	11,5	1,2	4	yellow
2024w9	228	921	8	11,5	0,5	6	yellow
2024w10	127	975	7	9,1	0,3	4	yellow
2024w11	148	806	8	9,2	0,5	1	green
2024w12	69	766	4	9,7	0,1	2	green
2024w13	85	909	2			0	

a - Incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants. Remarque : cette semaine une mise à jour des données pour l'estimation du dénominateur a été faite. De ce fait, les incidences des dernières semaines ont également été légèrement modifiées.
b - Incidence hebdomadaire pour 1000 résidents MR/MRS.
c - Incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants. Une complication grave est définie comme un décès, un ARDS, une admission en unité de soins intensifs, ECMO ou ventilation invasive.
d - Nombre de zones où l'indicateur de haute circulation est positif.

Seuils	Consultations de médecins généralistes pour des symptômes grippaux[a,f]	Consultations de médecins généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës[a]	Symptômes grippaux dans les maisons de repos (et de soins)[b]	Admissions à l'hôpital pour des infections SARI[c]	Admissions à l'hôpital pour des infections SARI avec complications grave[c]	Concentration de SARS-CoV-2 dans les eaux usées[e]
jaune	183 - 503	1208 - 1293	7-12	4,4 - 9,8	0,68 - 1,4	2024: 6 - 10
orange	> 503 - 792	> 1293 - 1984	13-20	> 9,8 - 33,7	> 1,4 - 3,03	2024: 11 - 15
rouge	> 792	> 1984	>= 21	> 33,7	> 3,03	2024: >= 16

e - Les seuils pour l'indicateur des eaux usées ont été revus en janvier 2024 étant donné que le nombre de stations d'épuration échantillonnées et la fréquence d'échantillonnage ont été modifiés depuis le 1er janvier 2024. La méthode statistique utilisée pour définir le seuil a également été adaptée.

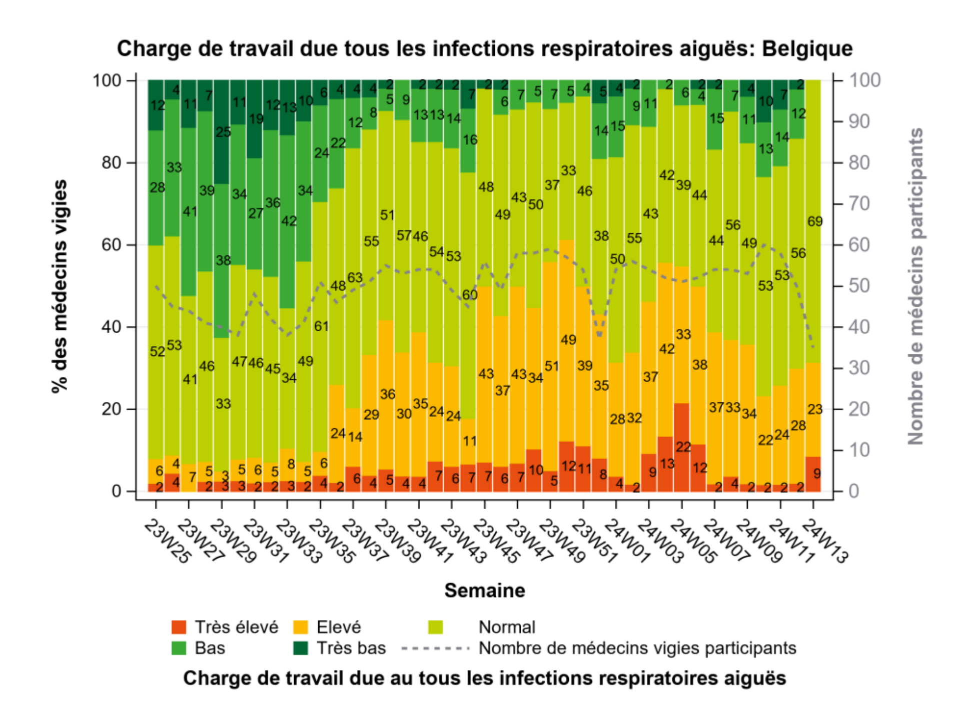
4. INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS

4.1 Infectieradar : symptômes d'infections aiguës des voies respiratoires dans la population générale

Cette section n'est pas disponible pour la semaine 13.

4.2 Charge de travail des médecins généralistes due aux infections respiratoires aiguës

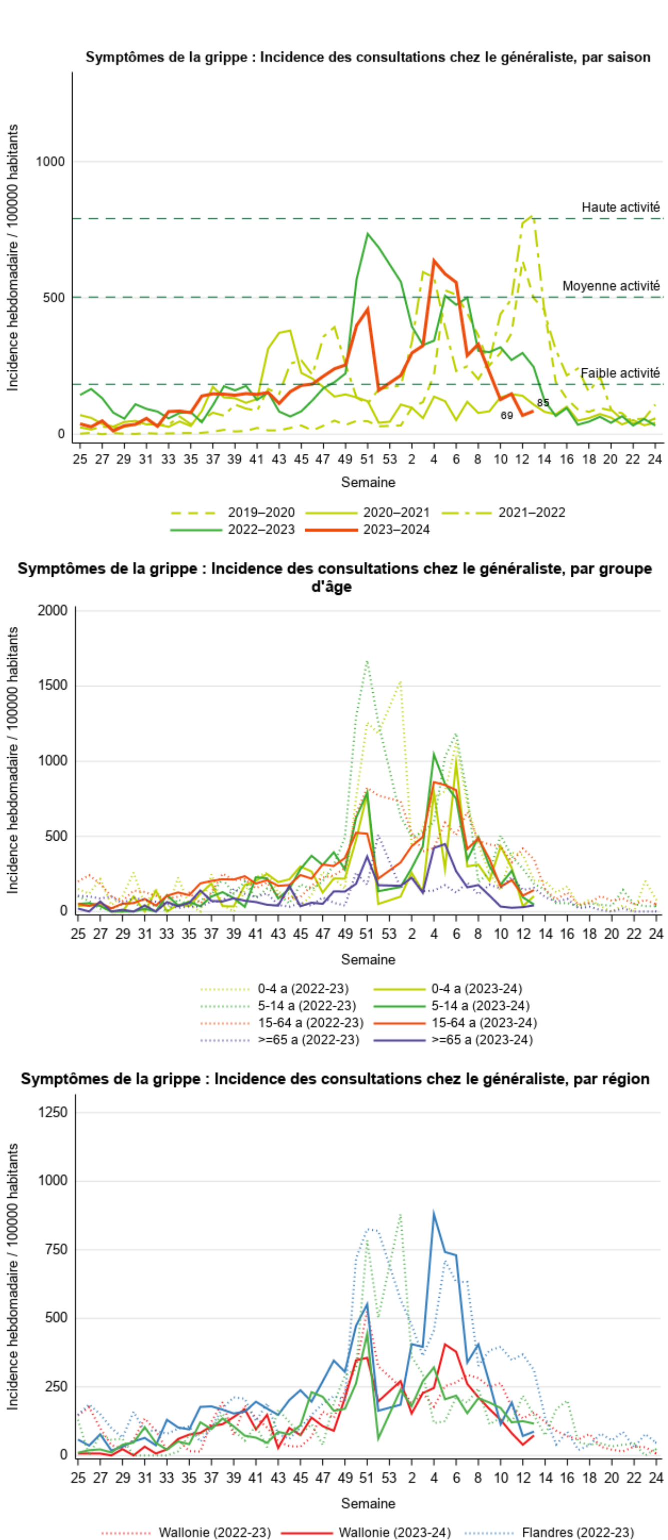
Au cours de la semaine 13, 32 % des médecins vigies ont considéré que la charge de travail due aux consultations pour infections respiratoires était élevée ou très élevée. Ce chiffre est en légère augmentation par rapport à la semaine précédente.



4.3 Consultations de généralistes pour des symptômes grippaux (ILI)

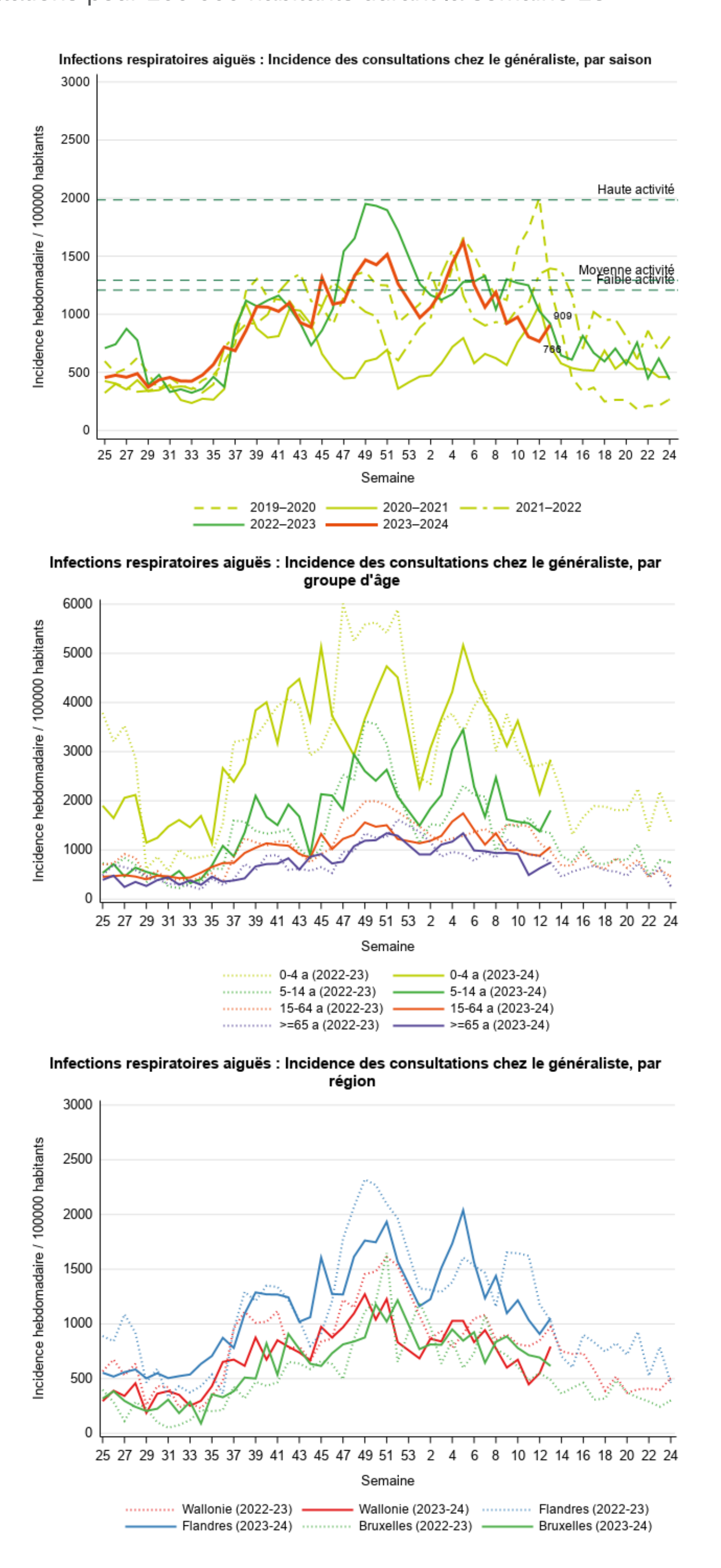
L'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a augmenté à 85 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 13.

Ces données font référence aux symptômes de la grippe. Ceux-ci peuvent également être causés par d'autres germes que le virus de la grippe.



4.4 Consultations de généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës

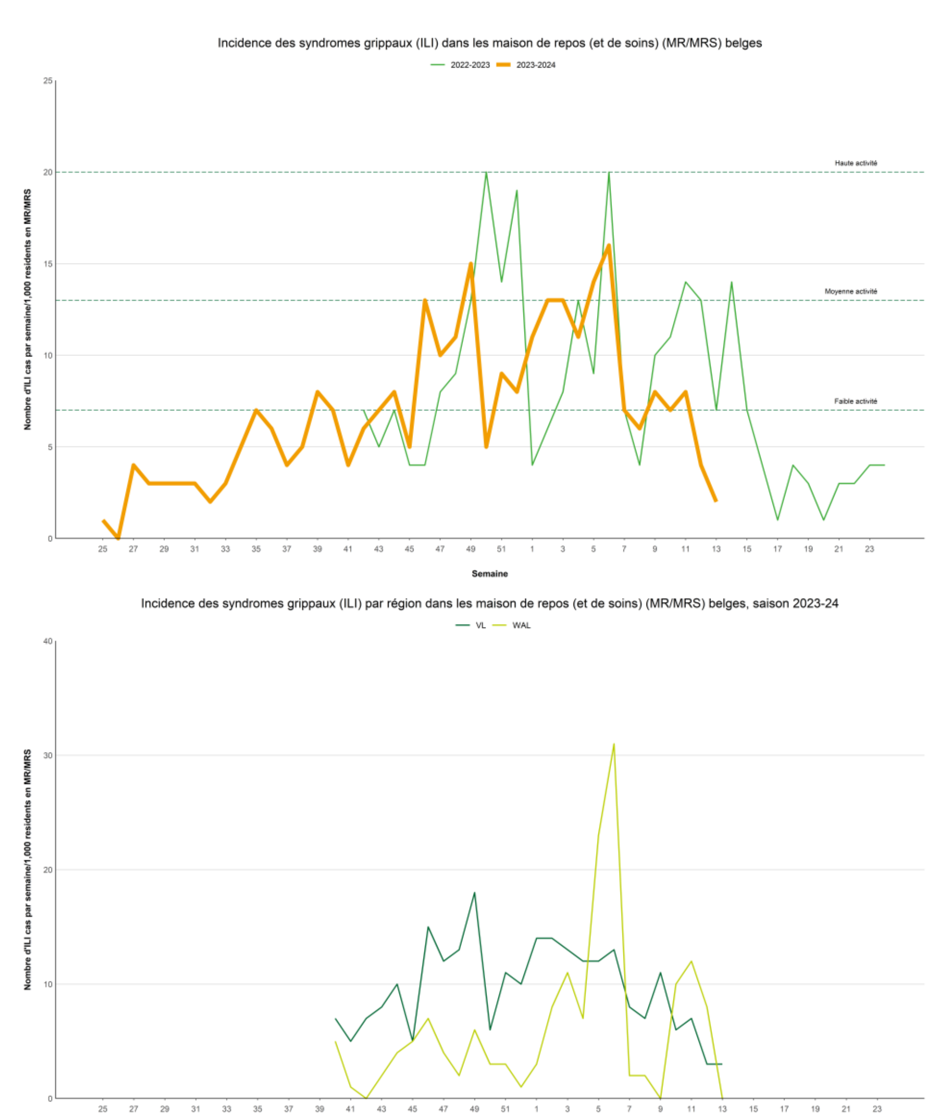
L'incidence hebdomadaire des consultations en médecine générale pour d'autres infections respiratoires aiguës a augmenté à 909 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 13.



4.5 Surveillance sentinelle pour des symptômes grippaux (ILI) dans les maisons de repos (et de soins)

Au cours de la semaine 13, le nombre de cas et d’hospitalisations pour 1.000 résidents était respectivement 2 et 0,4. Cette semaine, aucun décès lié à un ILI n’a été signalé.
Ces chiffres peuvent varier car certaines maisons de repos (et de soins) continuent de déclarer des cas pour la période concernée après la clôture du présent rapport. Jusqu’à présent, 26 maisons de repos (et de soins) (19 en Flandre et 6 en Wallonie) ont rapporté pour la semaine 13.

Ces données font référence aux symptômes de la grippe. Ceux-ci peuvent également être causés par d’autres germes que le virus de la grippe.

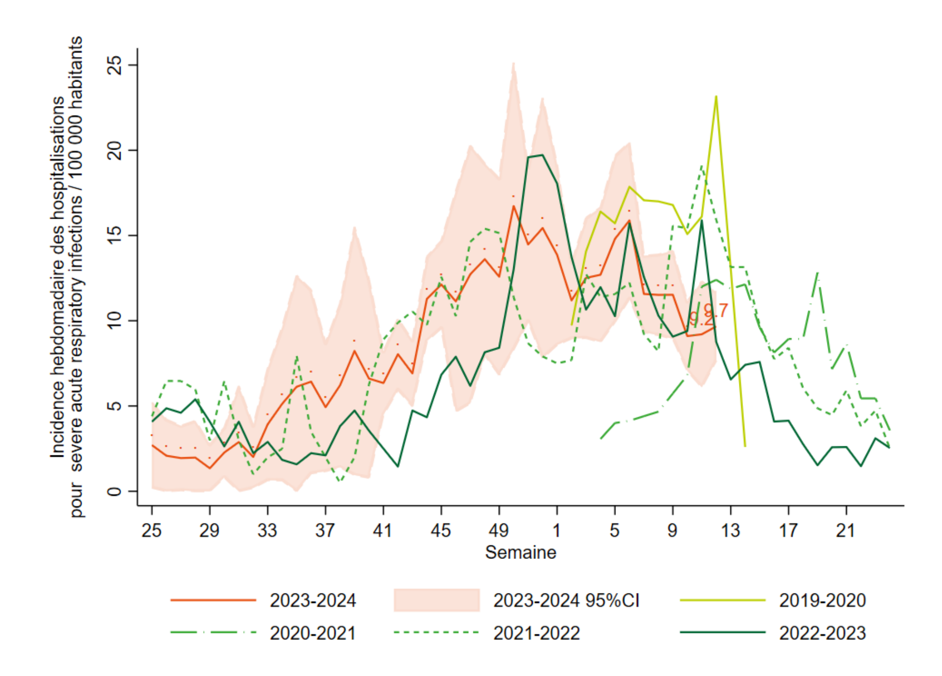


4.6 Nouvelles admissions à l'hôpital pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI)

Durant la semaine 12 l'incidence hebdomadaire des hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères est resté stable par rapport à la semaine précédente à 9,7/100 000 habitants.

Ces chiffres ne concernent que les personnes hospitalisées en raison de certains symptômes bien définis (fièvre et toux ou dyspnée).

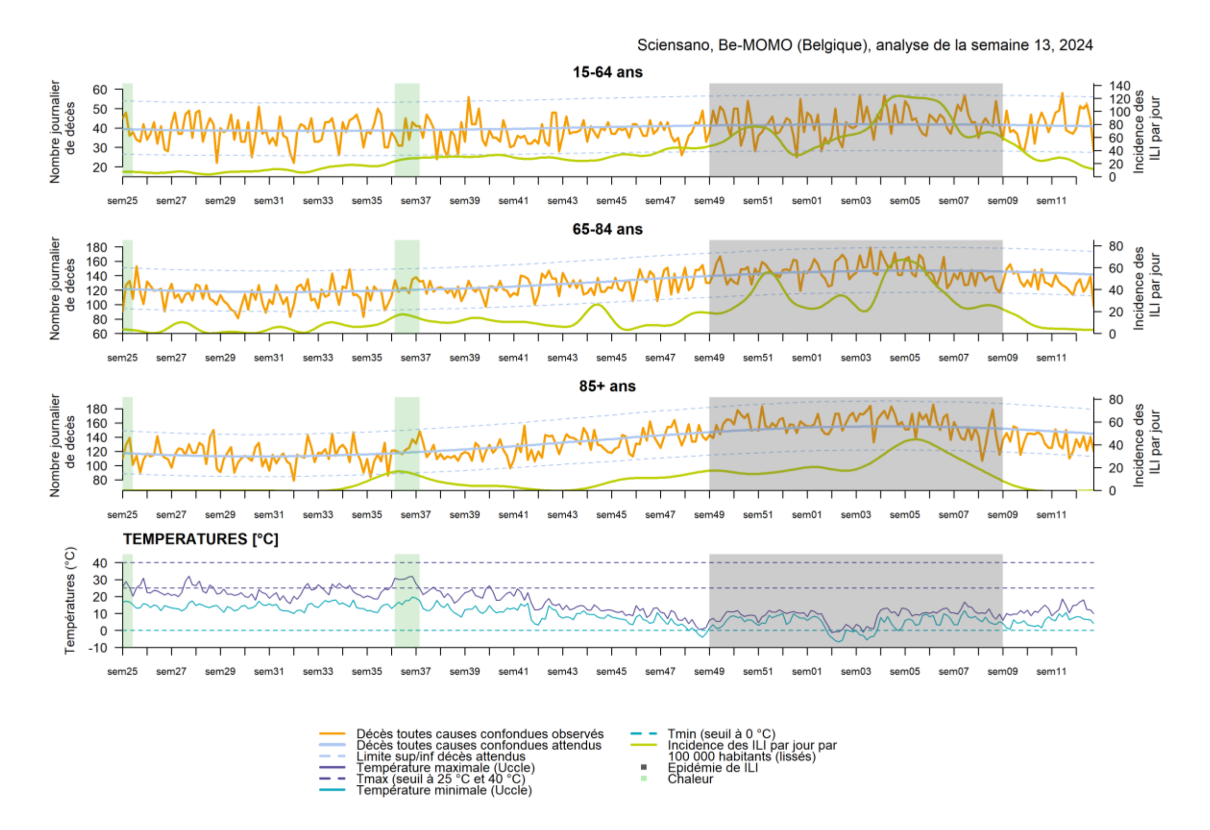
Le 13/11/2023, la surveillance du SARI a été étendue. Le réseau comprend désormais plus d'hôpitaux, une plus grande inclusion des patients et une collecte électronique des données. Bien que l'ancienne définition des cas de SARI soit toujours utilisée pour les graphiques de ce bulletin, de légères ruptures de tendance peuvent se produire pendant la phase de transition. Voir également la section *12.3 "Réseau des hôpitaux vigies".*



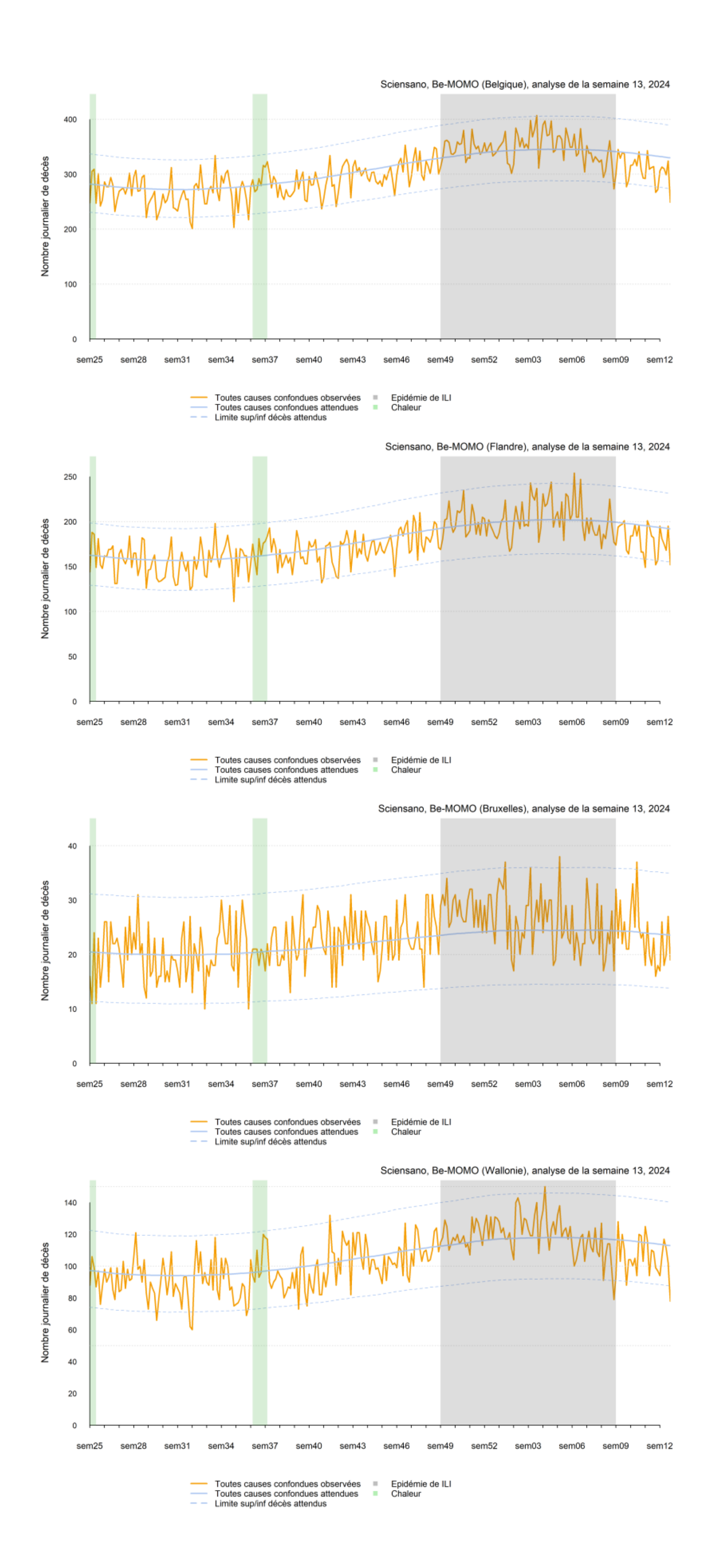
4.7 Surmortalité (toutes causes confondues)

Suivi sur base des données provenant du Registre National

La semaine 11 (11 mars) a présenté un jour de surmortalité chez les personnes de moins de 65 ans, principalement chez les hommes en Wallonie et à Bruxelles.
Le nombre hebdomadaire de décès, toutes causes confondues, diminue par rapport à la semaine précédente.



Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative dans ce groupe d'âge. La courbe verte correspond au nombre quotidien de consultations de généralistes pour des symptômes grippaux. https ://epistat.sciensano.be/momo/

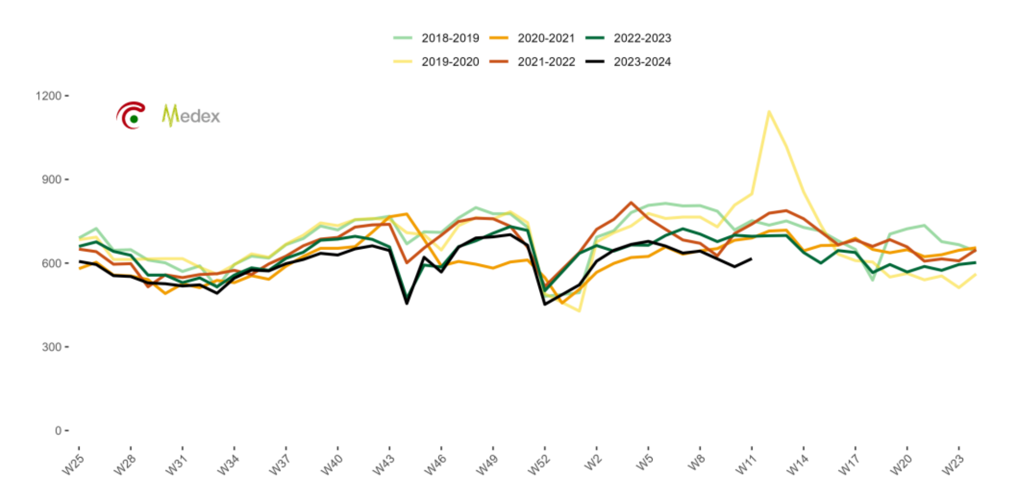

Sciensano, Be-MOMO (Belgique), analyse de la semaine 13, 2024
Nombre journalier de décès
0
100
200
300
400
sem25
sem28
sem31
sem34
sem37
sem40
sem43
sem46
sem49
sem52
sem03
sem06
sem09
sem12
Toutes causes confondues observées
Toutes causes confondues attendues
Limite sup/inf décès attendus
Epidémie de ILI
Chaleur
Sciensano, Be-MOMO (Flandre), analyse de la semaine 13, 2024
Nombre journalier de décès
0
50
100
150
200
250
sem25
sem28
sem31
sem34
sem37
sem40
sem43
sem46
sem49
sem52
sem03
sem06
sem09
sem12
Toutes causes confondues observées
Toutes causes confondues attendues
Limite sup/inf décès attendus
Epidémie de ILI
Chaleur
Sciensano, Be-MOMO (Bruxelles), analyse de la semaine 13, 2024
Nombre journalier de décès
0
10
20
30
40
sem25
sem28
sem31
sem34
sem37
sem40
sem43
sem46
sem49
sem52
sem03
sem06
sem09
sem12
Toutes causes confondues observées
Toutes causes confondues attendues
Limite sup/inf décès attendus
Epidémie de ILI
Chaleur
Sciensano, Be-MOMO (Wallonie), analyse de la semaine 13, 2024
Nombre journalier de décès
0
20
40
60
80
100
120
140
sem25
sem28
sem31
sem34
sem37
sem40
sem43
sem46
sem49
sem52
sem03
sem06
sem09
sem12
Toutes causes confondues observées
Toutes causes confondues attendues
Limite sup/inf décès attendus
Epidémie de ILI
Chaleur

4.8 Absences au travail pour cause de maladies

Source: MEDEX

La figure ci-dessous montre les absences journalières pour maladie chez les fonctionnaires par rapport aux années précédentes.

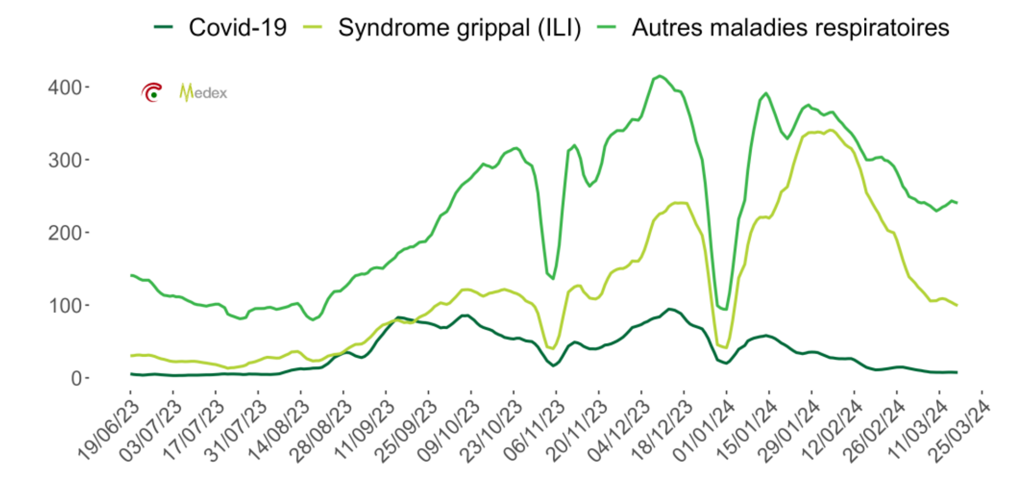
Nombre d'absences pour maladie par 10 000 fonctionnaires (MEDEX)



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès de Medex au 1er janvier de l'année concernée.

Le diagnostic posé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. La figure ci-dessous indique le nombre de fonctionnaires atteint de maladie respiratoire, par diagnostic mentionné sur le certificat.

Nombre de fonctionnaires malades (MEDEX), par diagnostic (maladies respiratoires uniquement) mentionné sur le certificat, évolution journalière depuis le 19/06/23.



5. QUELS SONT LES VIRUS QUI CIRCULENT ACTUELLEMENT ?

5.1 Virus chez les patients souffrant d’infections respiratoires aiguës en soins primaires.

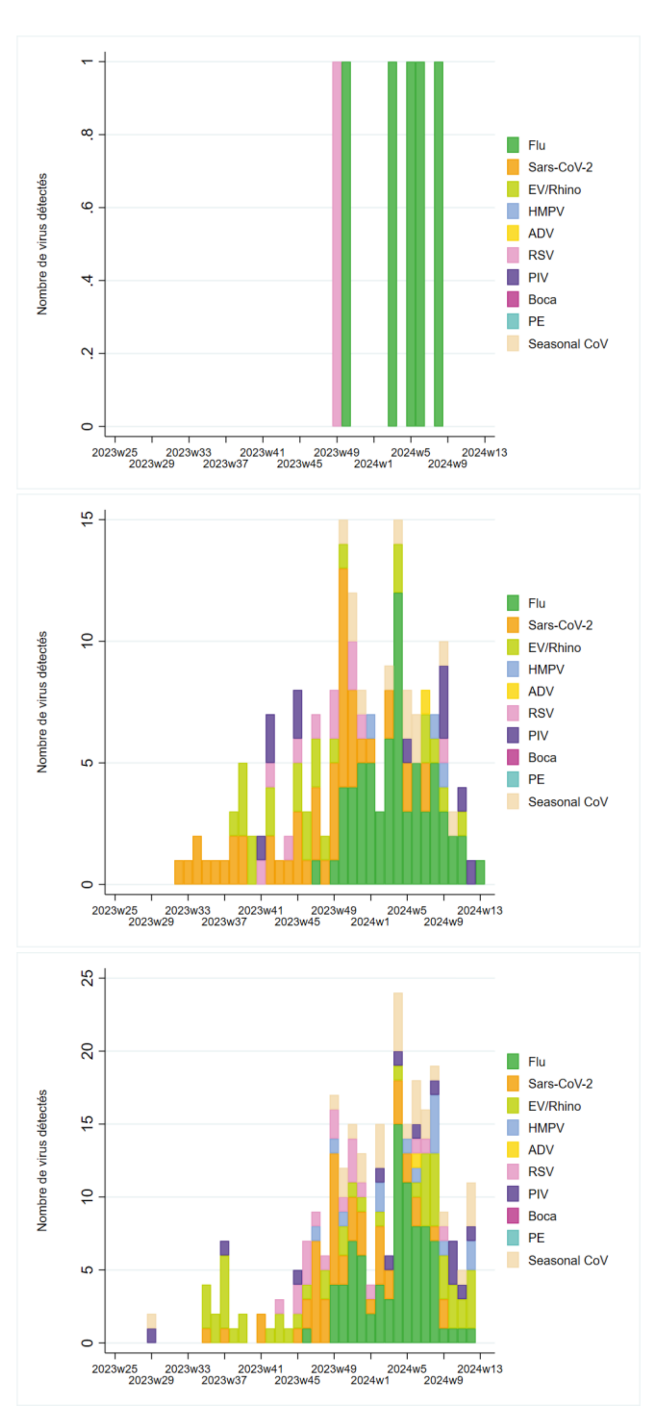
Ces dernières semaines, nous observons que le virus de la grippe n’est plus le principal pathogène respiratoire retrouvé dans les échantillons prélevés par les médecins généralistes chez les patients souffrant des symptômes de la grippe (ILI) ou d’autres signes d’infection respiratoire aiguë.

Les échantillons rapportés proviennent de personnes qui ont présenté certaines plaintes bien définies.

Enfants (0-14 ans)

Adultes (15-64 ans)

Personnes âgées (≥65 ans)

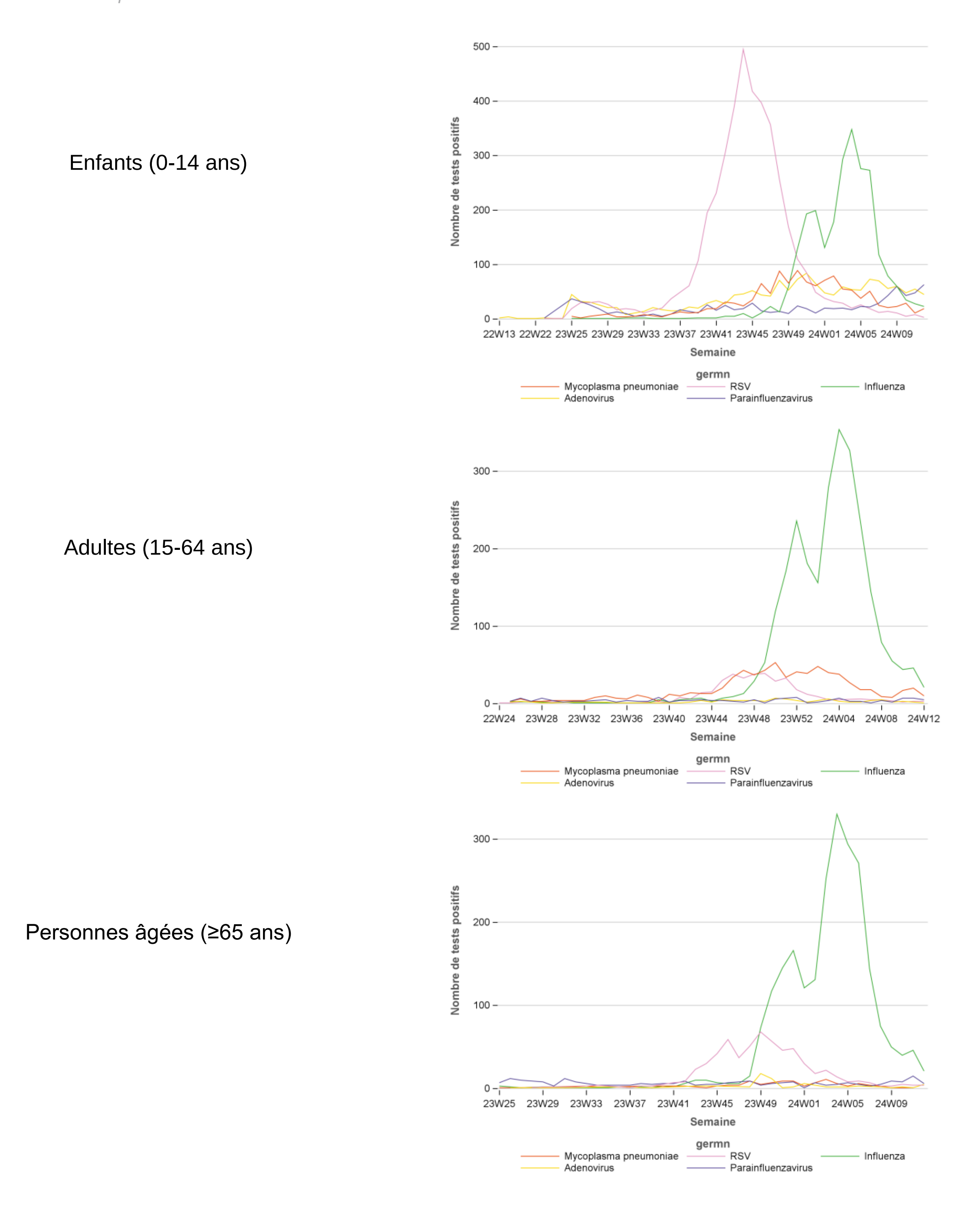


5.2 Diagnostic des germes dans les laboratoires vigies

Excepté chez les enfants, la plupart des diagnostics posés ces dernières semaines concernaient les virus de la grippe (influenza) malgré que ceux-ci sont en nette diminution depuis plusieurs semaines. Chez les enfants, le parainfluenzavirus et l'adénovirus sont les pathogènes respiratoires les plus fréquemment retrouvés par le réseau des laboratoires vigies.

Le graphique montre le nombre d'infections signalées dans un sous-ensemble de laboratoires qui déclarent régulièrement les cinq agents pathogènes suivants : adénovirus, RSV, virus parainfluenza, grippe et Mycoplasma pneumoniae. Le graphique vise uniquement à montrer la distribution relative de ces agents pathogènes, mais ne dit rien sur les chiffres absolus.

Les laboratoire vigies ne rapportent pas le SARS-CoV-2 de la même manière que les autres agents pathogènes ; par conséquent, le SARS-CoV-2 n'est pas inclus dans ces tableaux.

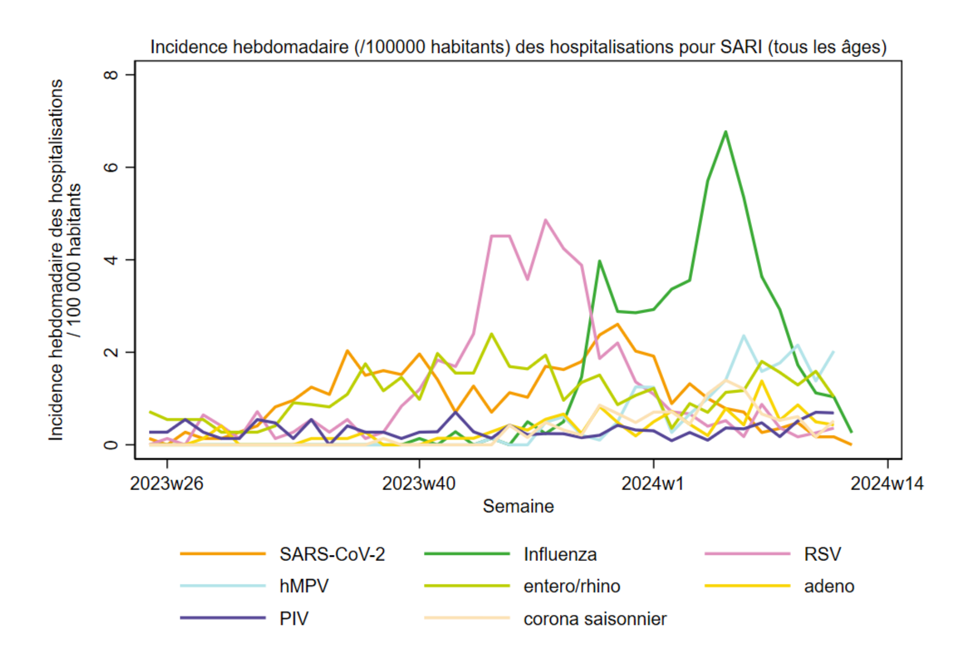


5.3 Virus chez les patients hospitalisés pour une infection aiguë sévère des voies respiratoires (SARI)

Ces dernières semaines, les deux principaux virus retrouvés chez les patients admis à l'hôpital en raison d'une infection respiratoire aiguë (SARI) sont le métapneumovirus (hMPV) et l'entéro-rhinovirus.

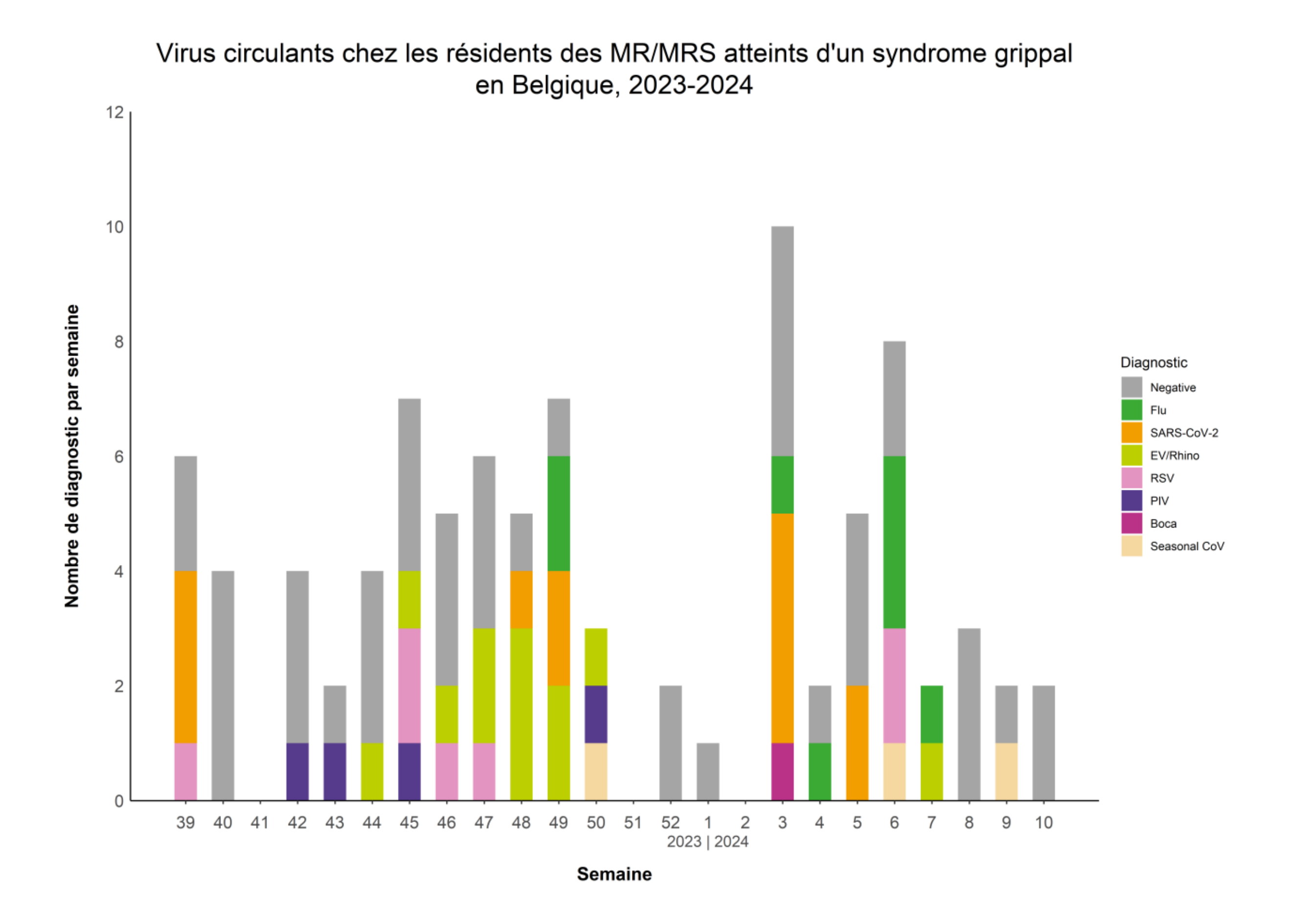
Le 13/11/2023, la surveillance du SARI a été étendue. Le réseau comprend désormais plus d'hôpitaux, une plus grande inclusion des patients et une collecte électronique des données. Bien que l'ancienne définition des cas de SARI soit toujours utilisée pour les graphiques de ce bulletin, de légères ruptures de tendance peuvent se produire pendant la phase de transition. Voir également la section *12.3 "Réseau des hôpitaux vigies".*

Les échantillons rapportés proviennent de personnes admises en raison de certaines plaintes bien définies (fièvre et toux ou essoufflement).



5.4 Virus chez les résidents de maisons de repos (et de soins) présentant des symptômes grippaux

Le diagramme à barres montre les virus en circulation dans les maisons de repos (et de soins) participantes.



6. SARS-COV-2

6.1 SARS-CoV-2 : activité

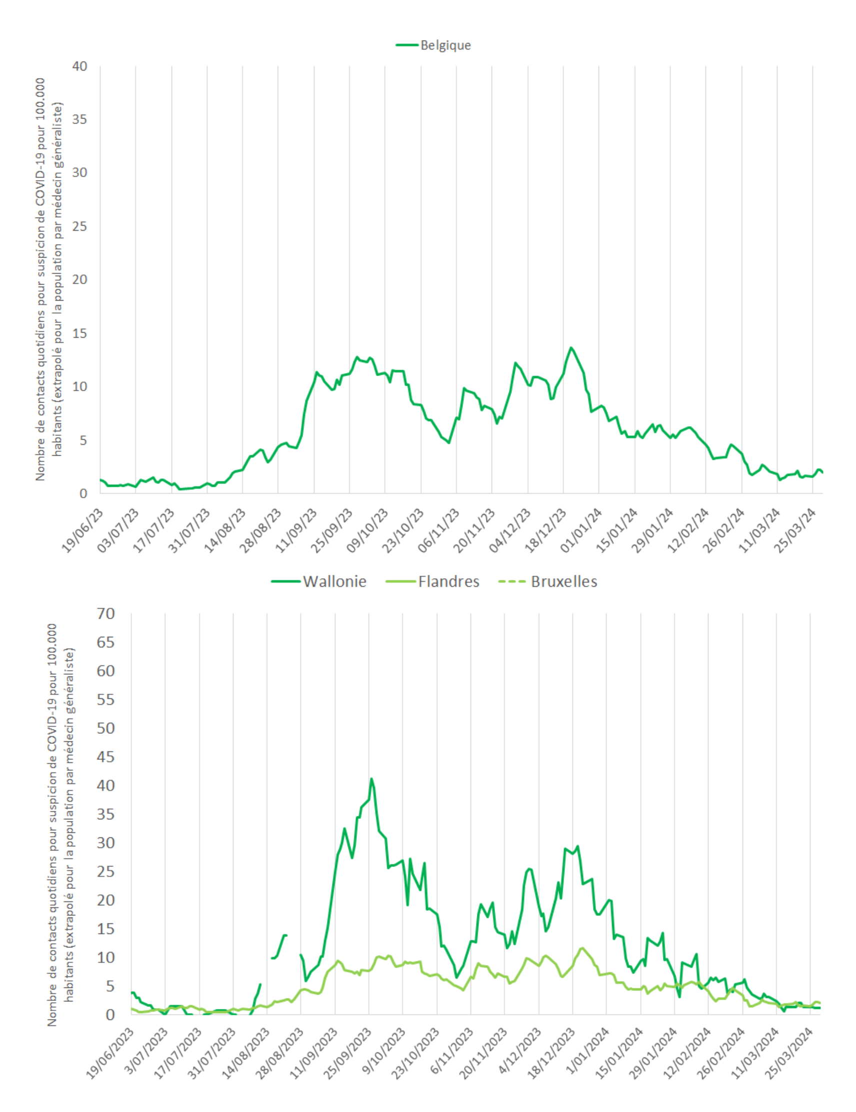
6.1.1 Suspicion de COVID-19 dans la population générale

Cette section n'est pas disponible pour la semaine 13.

6.1.2 Consultations de médecins généralistes en raison d'une suspicion de COVID-19

6.1.2.1 Consultations de médecins généralistes pour suspicion de COVID-19 (source : Baromètre des généralistes)

La semaine passée, le nombre moyen de contacts quotidiens avec un généraliste pour suspicion de COVID-19 pour 100.000 habitants est resté stable en Belgique (en moyenne 2 contacts quotidiens pour 100.000 habitants). En Wallonie nous avons observé une stabilisation à une moyenne de 1 contact quotidien pour 100.000 habitants et en Flandre une stabilisation à une moyenne de 2 contacts quotidiens pour 100.000 habitants. (NB. les résultats pour la semaine 13 à Bruxelles ne sont pas présentés pour cause de données insuffisantes).

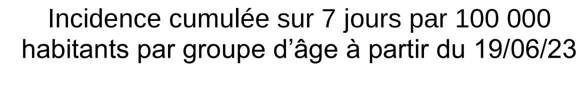


Ne comprend pas les week-ends et les jours fériés ; les données pour chaque jour enregistré sont une moyenne de 5 jours (basée sur ce jour et les 4 jours ouvrables précédents).

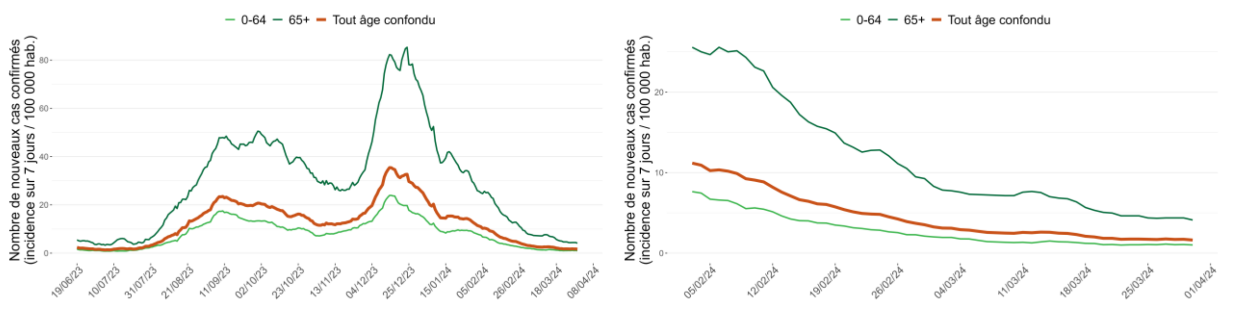
Plus d'informations sur https//www.sciensano.be/fr/barometre-covid-19-dans-les-cabinets-de-medecine-generale

6.1.3 Test et cas de COVID-19

Au cours de la période du 24 mars 2024 au 30 mars 2024, 8 408 tests ont été effectués, soit une moyenne journalière de 1 201 tests. Le taux moyen de positivité pour la Belgique pour la même période est de 2,8% et 190 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Le samedi 30 mars, le taux de reproduction était de 0,932.



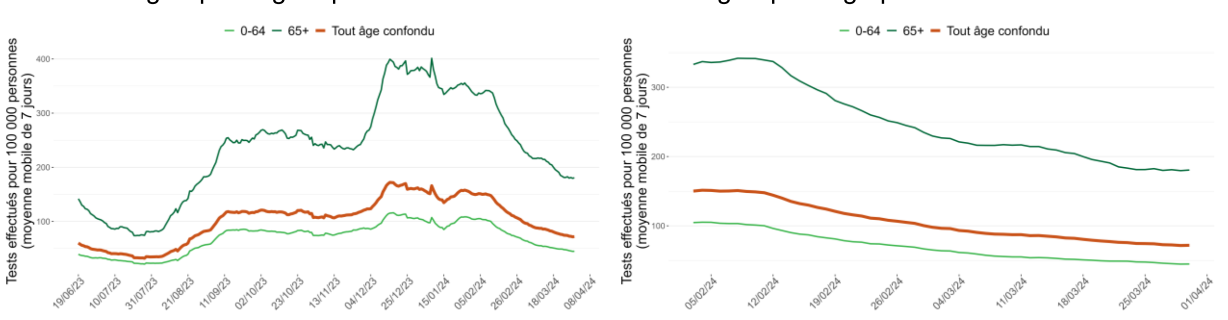
Incidence cumulée sur 7 jours par 100 000 habitants par groupe d'âge pour les 8 dernières semaines



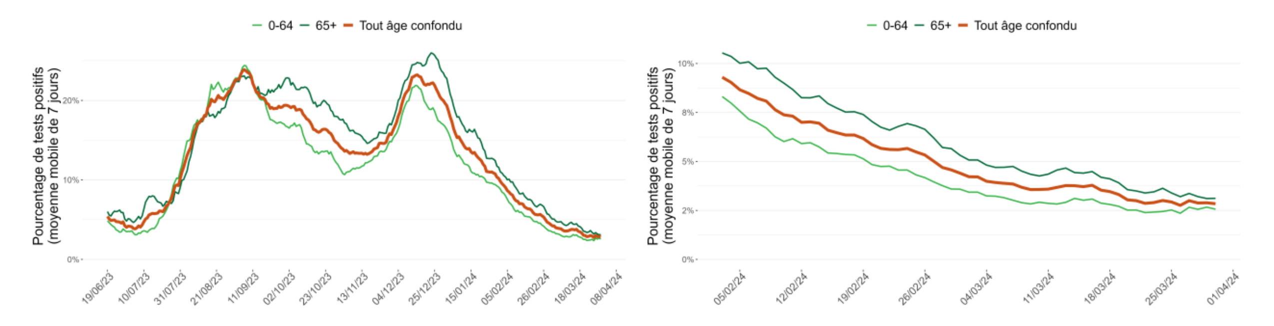
Note: L'incidence est indiquée en fonction de la date du diagnostic. Lorsque la date de diagnostic est manquante, la date de rapportage est utilisée. Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2023 publiés par STATBEL.

Tests effectués pour 100 000 personnes par groupe d'âge à partir du 19/06/23

Tests effectués pour 100 000 personnes par groupe d'âge pour les 8 dernières semaines



Note: Les dénominateurs utilisés pour calculer l'incidence sont les chiffres de la population belge au 01/01/2023 publiés par STATBEL.



Vous trouverez un résumé de la situation épidémiologique en Europe sur le site web de l'ECDC.

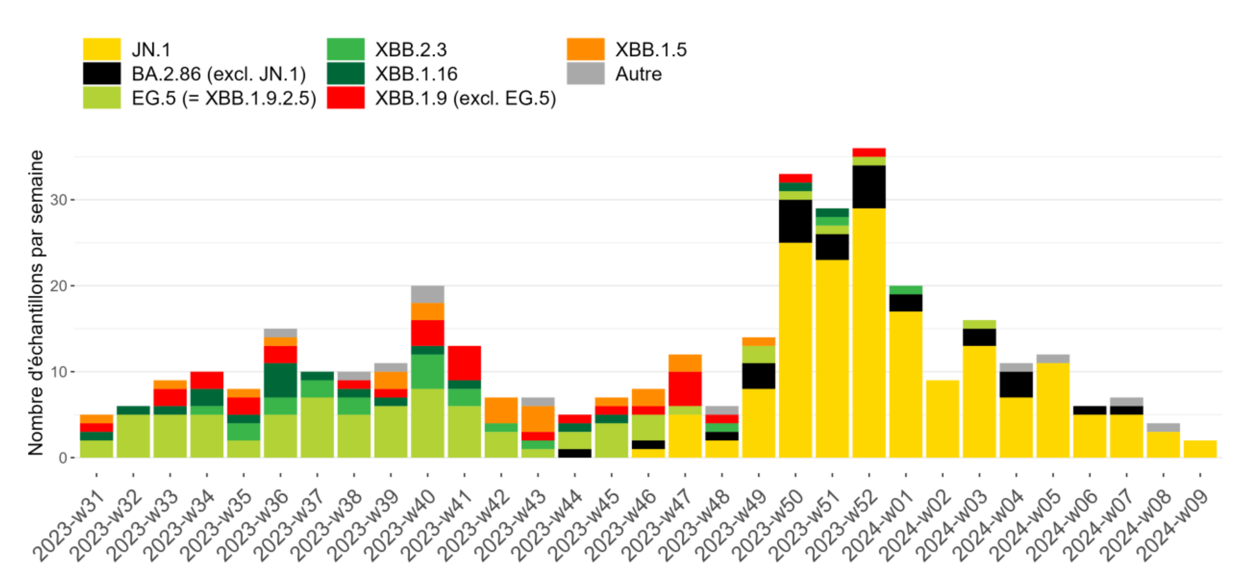
6.2 Surveillance moléculaire du COVID-19

Dans le cadre de la surveillance moléculaire, une analyse de séquence est réalisée sur les échantillons SARS-CoV-2 positifs détectés dans le cadre de la surveillance des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) par le réseau des hôpitaux vigies (section 5.3).

Par rapport à la surveillance de base dans la population générale, il peut y avoir une surreprésentation des variants conduisant à une maladie grave dans la surveillance du SARI. Il est également possible que les variants émergents soient détectés à une date plus tardive chez les patients gravement malades que dans la population générale, en raison du temps écoulé entre l'infection et le développement éventuel de problèmes respiratoires graves.

Le graphique suivant montre le nombre de variants détectés pour les échantillons collectés depuis le 31 juillet 2023

Nombre d'échantillons par variant identifiée dans le cadre de la surveillance du SARI en Belgique depuis le 31 juillet 2023, par date de prélèvement



Le variant XBB est un recombinant d'Omicron BA.2.75 avec Omicron BA2.10.1. Les variants XBB.1.5, XBB.1.9, XBB.1.16 et XBB.2.3 sont des sous-variants de XBB. Le variant EG.5 est un sous-variant de XBB.1.9. Le variant BA.2.86 est un sous-variant d'Omicron BA.2. Le variant JN.1 est un sous-variant de BA.2.86. La catégorie "XBB 1.9 (excl. EG.5)" comprend le variant XBB.1.9 et toutes les lignées descendentes du variant XBB.1.9, à l'exception du variant EG.5 et ses lignées descendentes. La catégorie "BA.2.86 (excl. JN.1)" comprend le variant BA.2.86 et toutes les lignées descendentes du variant BA.2.86, à l'exception du variant JN.1 et ses lignées descendentes.
Source: Sciensano, réseau des hôpitaux vigies

6.3 Surveillance basée sur les eaux usées

Les derniers résultats mesurés le 25/03/2024 durant la semaine 13 indiquent que:

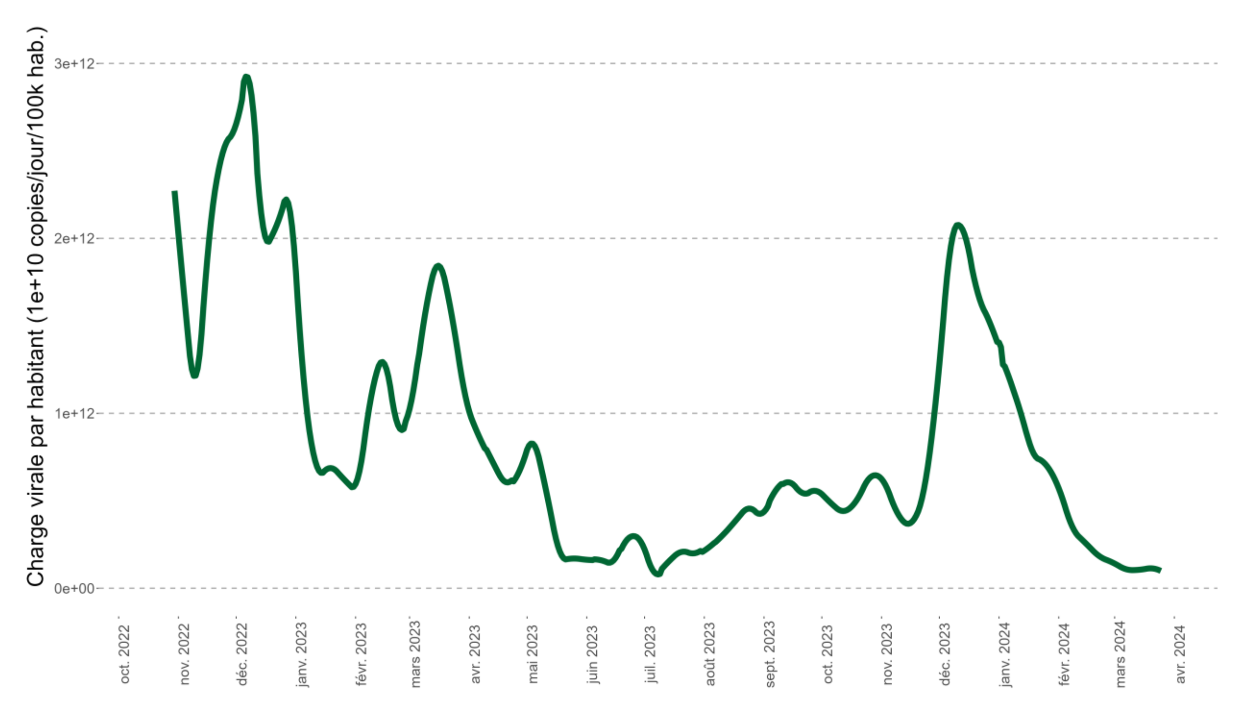
- **Au niveau national**: Le nombre de zones en Tendance à la Hausse a diminué avec 9 zones en alerte cette semaine. Le nombre de zones en Haute Circulation élevée reste faible. Dans l'ensemble, les charges virales sont faibles par rapport à la 9e vague.

- **Au niveau régional**: L'indicateur Tendance à la Hausse est en alerte en Wallonie. À Bruxelles et en Flandre, aucun des trois indicateurs n'est en alerte.

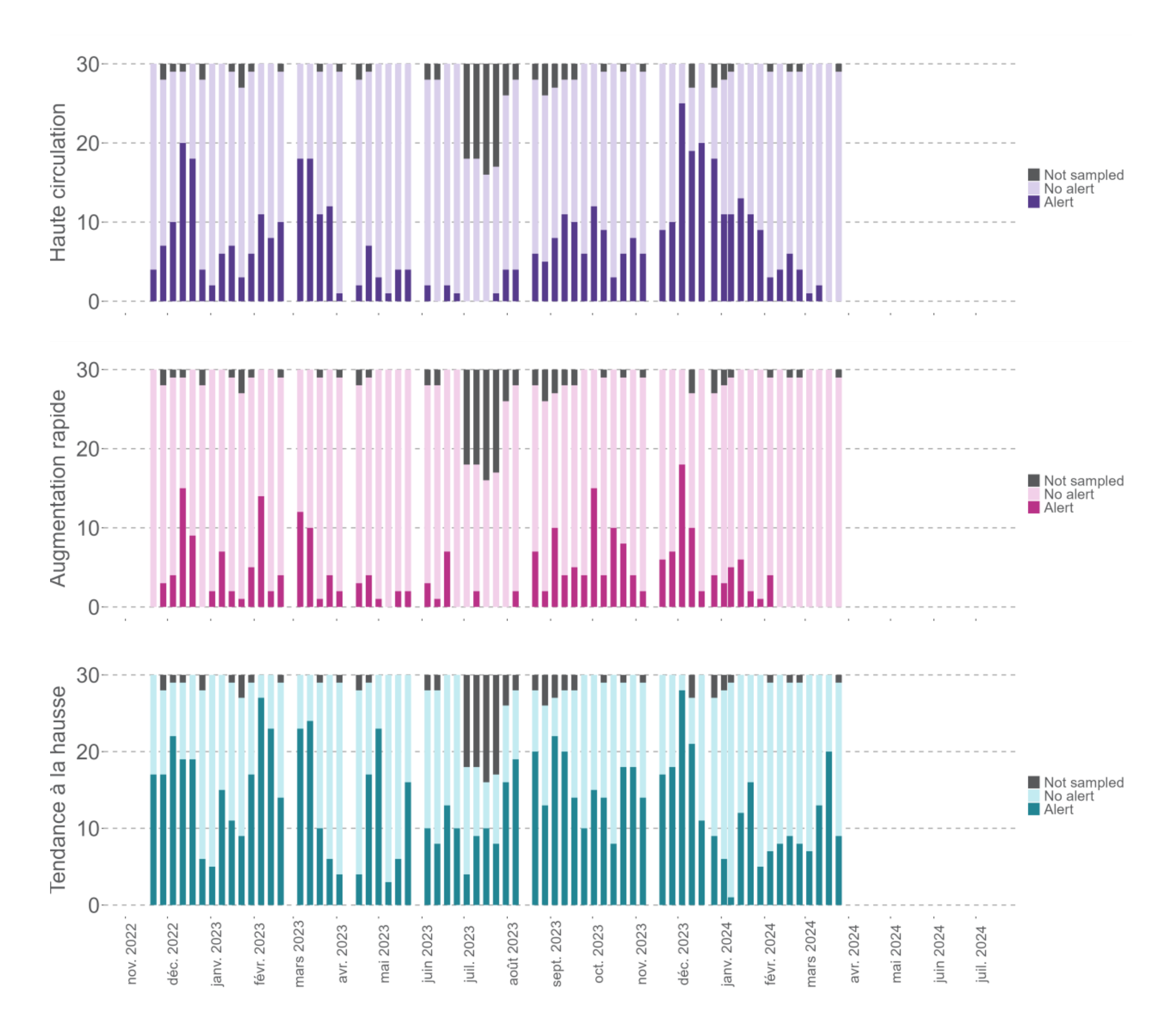
- **Surveillance génomique**: Au cours de la vague débutant en novembre 2023, le variant BA.2.86 était dominant, avec une majorité de JN.1.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans le dernier rapport hebdomadaire et sur le dashboard public de la surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la méthodologie, accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

Charges virales de SARS-CoV-2 agrégées au niveau national.



Nombre de zones couvertes par les stations d'épuration des eaux usées présentant des indicateurs en alerte.



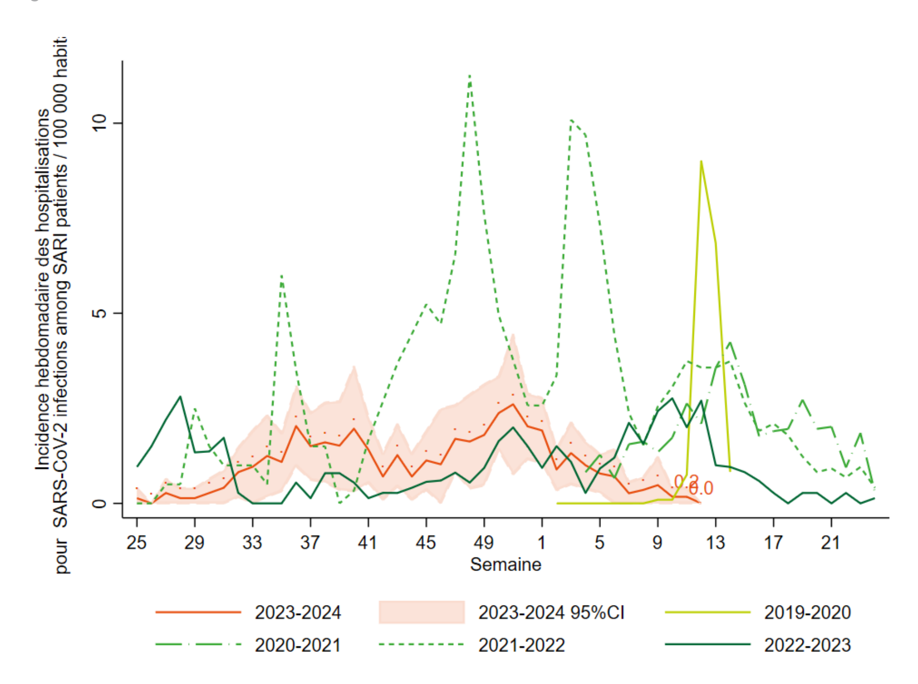
Les barres de couleurs sombres représentent le nombre de zones en alerte pour chaque indicateur, les barres de couleurs claires représentent le nombre de zones n'étant pas en alerte pour chaque indicateur. Les barres grises représentent le nombre de zones non échantillonnées cette semaine.

6.4 SARS-CoV-2 : Sévérité des infections : nouvelles admissions à l’hôpital

6.4.1 Surveillance SARI

L’incidence hebdomadaire des admissions à l’hôpital pour des infections aiguës sévères des voies respiratoires causées par le SARS-CoV-2 parmi les patients admis avec des symptômes d’infection aiguë sévère des voies respiratoires dans le réseau d’hôpitaux de surveillance est à 0 admission pour 100 000 habitants au cours de la semaine 12.

Le 13/11/2023, la surveillance du SARI a été étendue. Le réseau comprend désormais plus d’hôpitaux, une plus grande inclusion des patients et une collecte électronique des données. Bien que l’ancienne définition des cas de SARI soit toujours utilisée pour les graphiques de ce bulletin, de légères ruptures de tendance peuvent se produire pendant la phase de transition. Voir également la section *12.3 “Réseau des hôpitaux vigies”.*



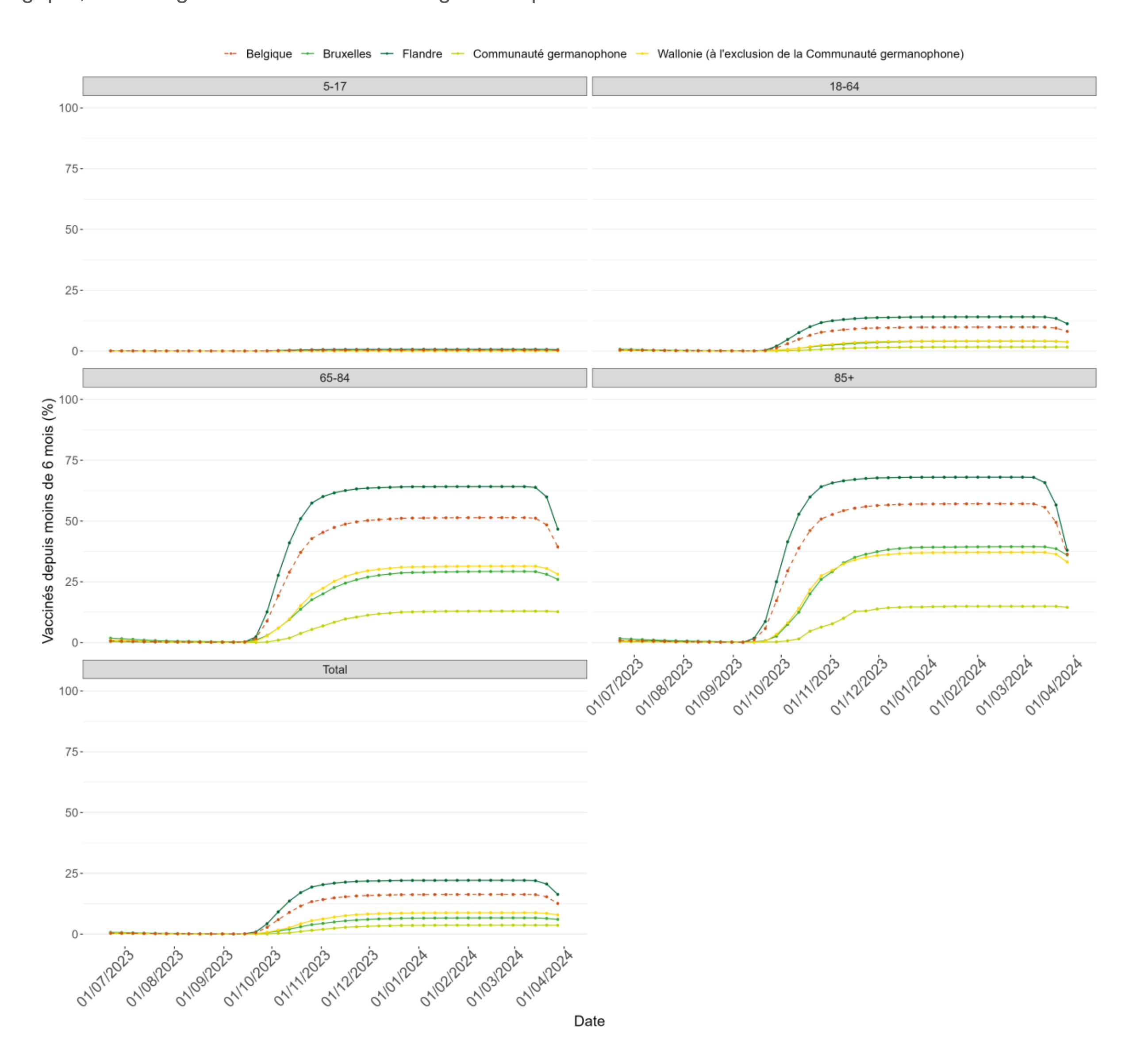
6.5 Vaccination COVID-19

Une vue d'ensemble des éléments relatifs à l'administration des vaccins contre la COVID-19 depuis le début de la première campagne de vaccination est disponible sur le Dashbord - Belgium COVID-19 Epidemiological Situation de Sciensano.

Au 1 avril 2024, 1 916 510 doses de vaccin COVID-19 ont été administrées au cours de cette campagne de revaccination, soit une augmentation de 73 doses par rapport au nombre enregistré le 25 mars 2024. Parmi eux, 6 918 personnes ont reçu un schéma de primo-vaccination. Actuellement un seul vaccin, Comirnaty® XBB.1.5, est utilisé.

Depuis le début de la campagne de vaccination de 2023 en Belgique, 41,3% des personnes immunodéprimées ont reçu une nouvelle dose de vaccin contre la COVID-19.

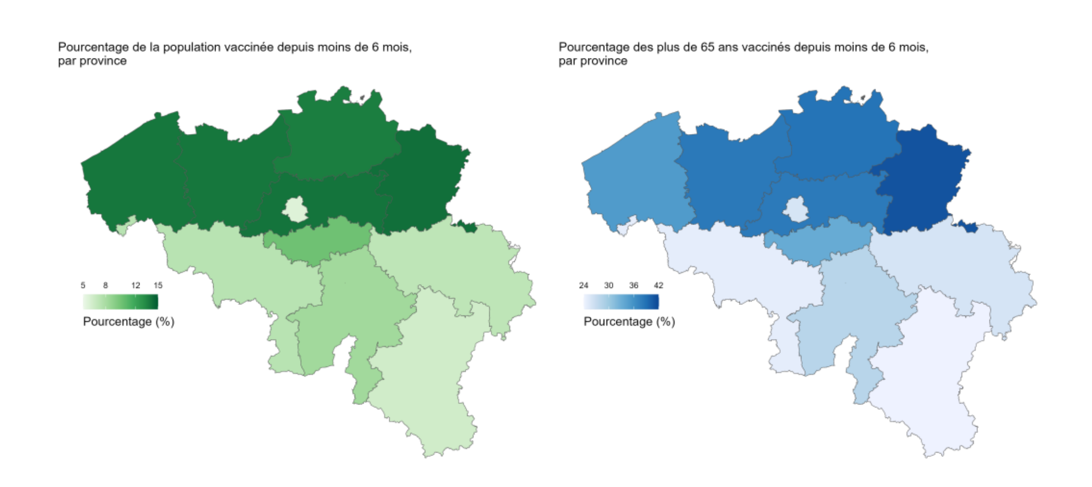
Le graphique montre **l'évolution du pourcentage de la population en Belgique ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19**, quelle qu'elle soit, **au cours des 6 derniers mois** par groupe d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone [1].



Le tableau ci-dessous présente le **pourcentage de la population qui**, au 1 avril 2024, **a reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois ou il y a plus de 6 mois** avant cette date. Les informations sont présentées par groupes d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.

		Population totale[1]	Population âgée de 5-17 ans[1,2]	Population âgée de 18-64 ans[1,2]	Population âgée de 65-84 ans[1,2]	Population âgée de 85 ans et plus[1,2]
Dernière dose < de 6 mois	Belgique	12,6%	0,4%	8,1%	39,4%	36,4%
	Bruxelles	6,0%	0,1%	3,8%	26,0%	36,0%
	Flandre	16,3%	0,6%	11,2%	46,7%	38,0%
	Wallonie[3]	7,9%	0,1%	3,8%	28,1%	33,1%
	Communauté germanophone	3,6%	0,0%	1,7%	12,7%	14,5%
Dernière dose > de 6 mois	Belgique	63,5%	39,3%	77,2%	55,7%	59,6%
	Bruxelles	50,5%	18,4%	61,7%	58,3%	52,9%
	Flandre	64,6%	50,7%	77,9%	50,3%	60,0%
	Wallonie[3]	61,3%	25,8%	75,0%	63,2%	59,1%
	Communauté germanophone	61,4%	25,0%	71,0%	76,0%	74,1%

Les cartes ci-dessous montrent la couverture vaccinale pour **l'ensemble de la population belge** (à gauche) et dans **la population de plus de 65 ans** (à droite) ayant reçu **une dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois** par province [1].



[1] Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2023 publiés par STATBEL. Une correction a été appliquée pour les personnes vaccinées et également décédées avant cette date afin de calculer la couverture vaccinale dans les différents groupes.
[2] Les personnes dont l'âge n'était pas connu ne sont pas incluses dans ces calculs
[3] A l'exclusion de la Communauté germanophone

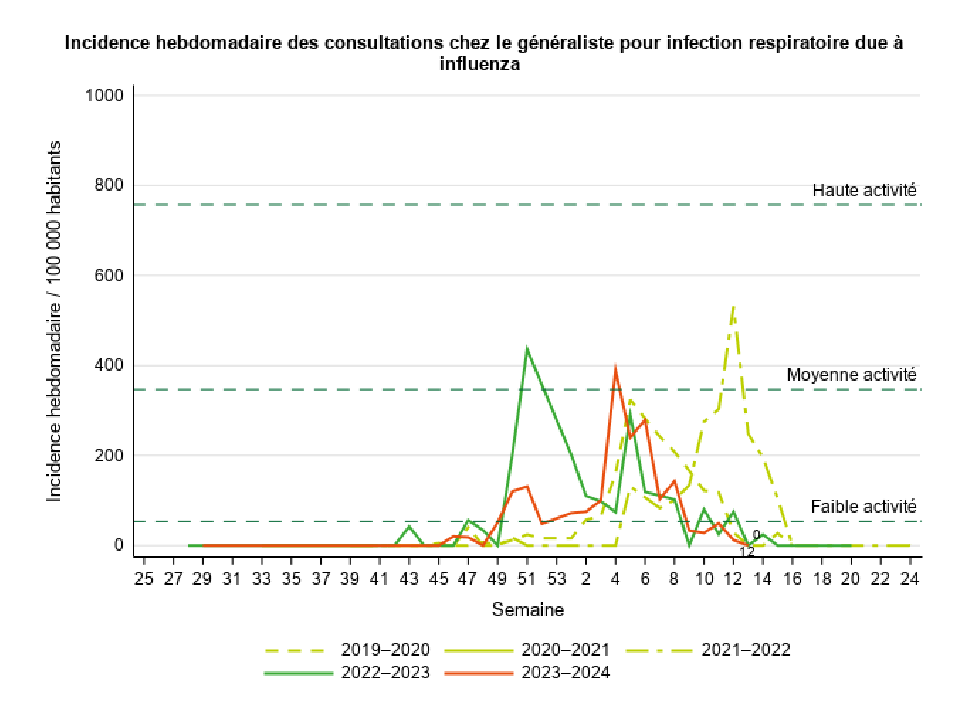
Sciensano a pour rôle de surveiller l'efficacité des vaccins COVID-19 afin d'évaluer quelle part de la population est efficacement protégée et de suivre l'impact de la vaccination sur le développement des infections et hospitalisations liées à la COVID-19. Les estimations de l'efficacité vaccinale pour la campagne en cours seront présentées dans ce bulletin lorsque le nombre de personnes vaccinées sera suffisant pour réaliser les analyses. L'efficacité de la campagne de vaccination COVID-19 menée à l'automne 2022 est décrite dans un rapport publié sur le sujet.

7. INFLUENZA

7.1 Influenza: activité

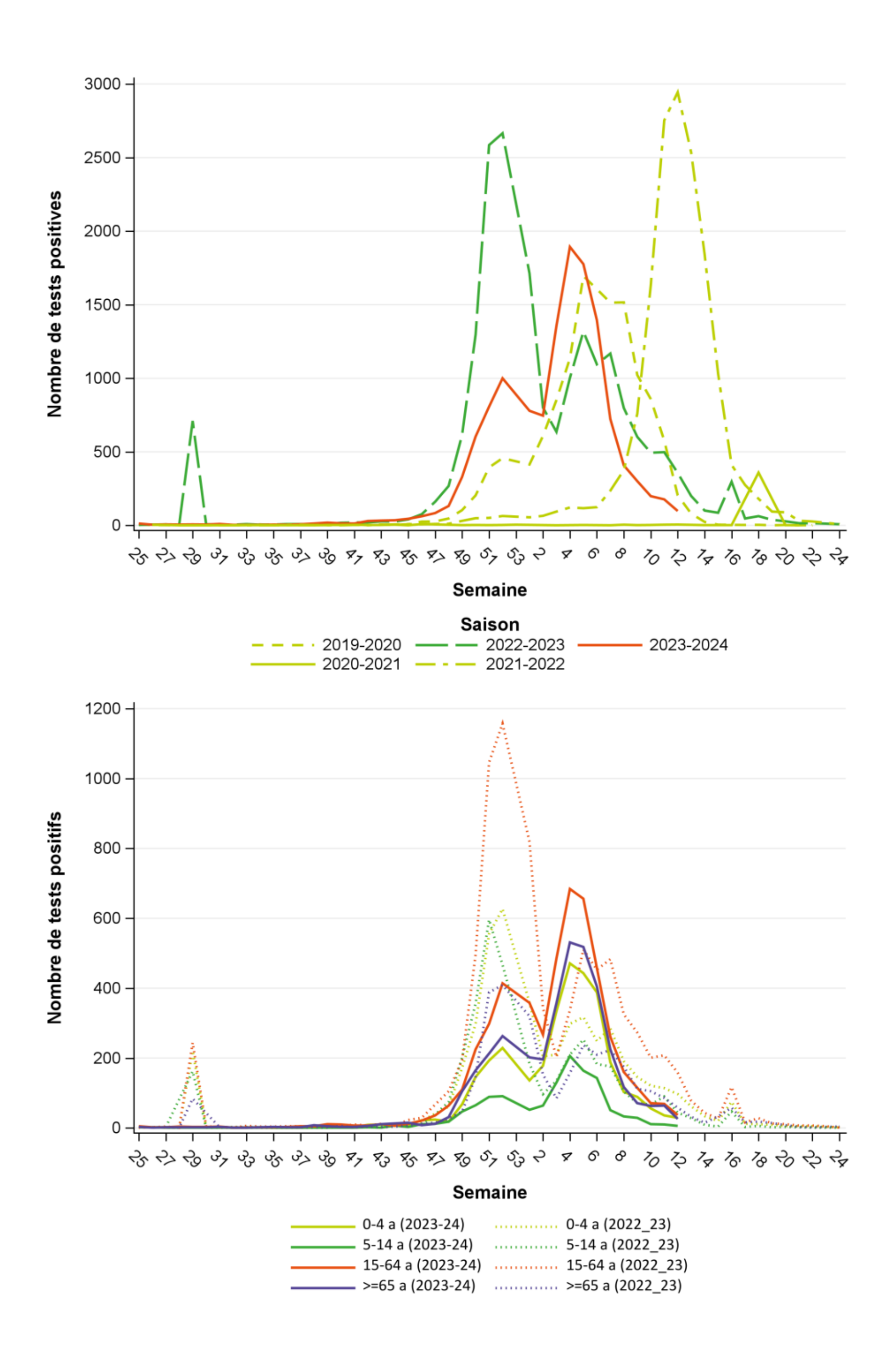
7.1.1 Consultations de médecins généralistes en raison de la grippe

L'incidence des consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal due aux virus de la grippe (influenza) est au niveau de base en semaine 13. Elle est passée sous le seuil épidémique depuis la semaine 9. L'épidémie de grippe saisonnière est donc considérée comme terminée. Elle aura durée de la semaine 50 (2023) à la semaine 8 (2024) inclues. Par rapport aux années précédentes, cette épidémie s'est caractérisée par une intensité moyenne et une durée relativement longue (11 semaines). Habituellement, une épidémie de grippe saisonnière dure entre 6 et 12 semaines dans notre pays.



7.1.2 Tests de laboratoires confirmés pour la grippe

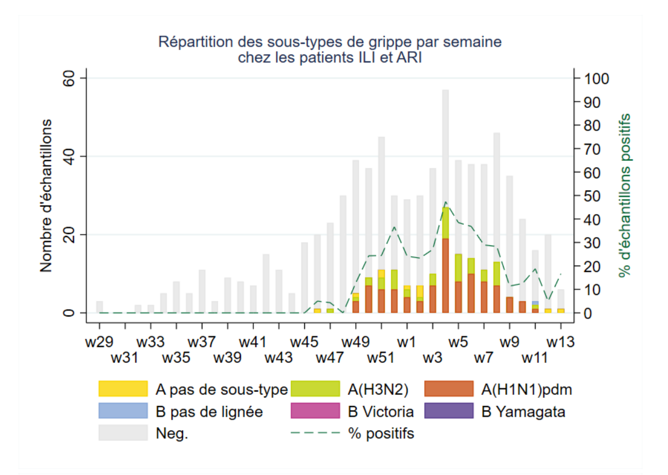
Les réseaux vigie de laboratoires ont enregistré une forte diminution des infections grippales confirmées au cours des dernières semaines.



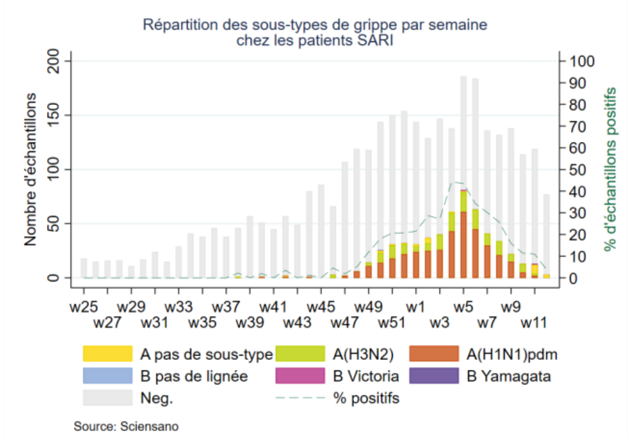
7.1.3 (Sous-)types circulants

Cette saison, les infections grippales étaient majoritairement des infections causées par le virus de la grippe A, avec une prédominance des infections par le virus A(H1N1)pdm.

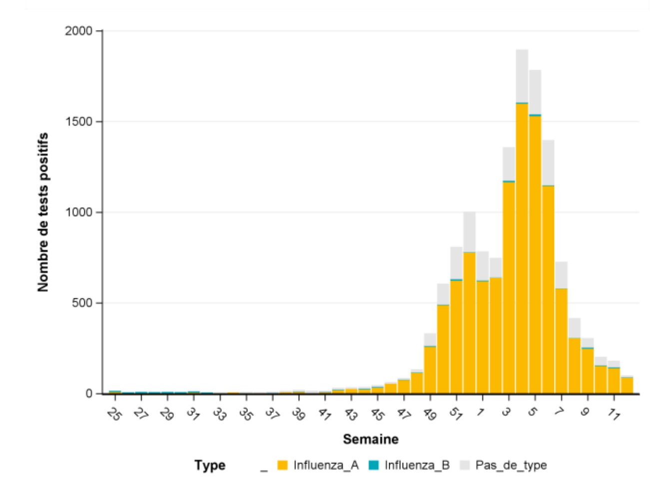
Patients des médecins généralistes avec une infection respiratoire aiguë



Patients hospitalisés pour une infection respiratoire aiguë sévère (SARI)



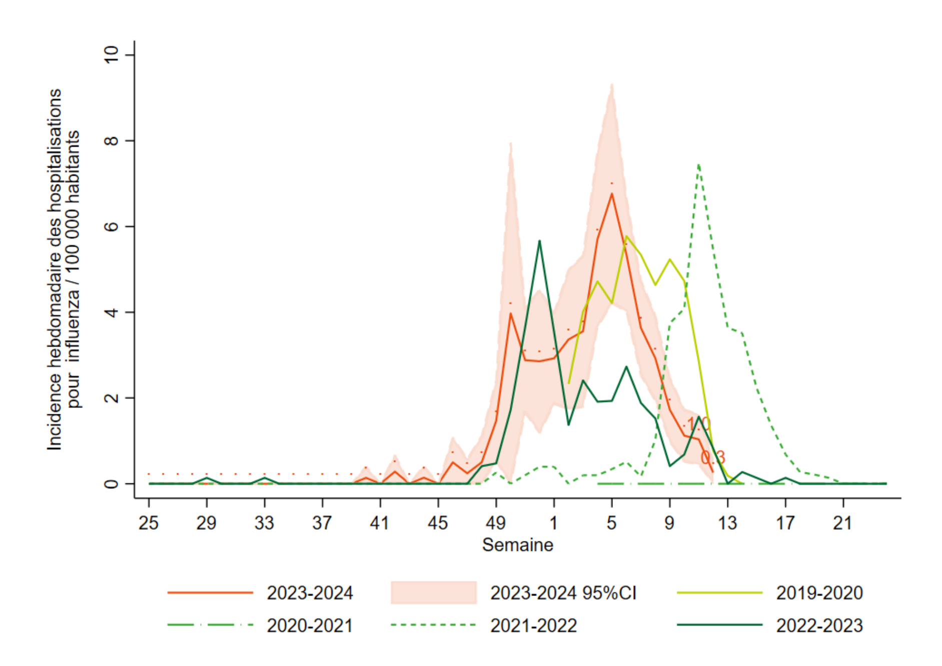
Laboratoires vigies



7.2 Influenza: sévérité des infections: nouvelles admissions à l'hôpital

Pour la surveillance SARI (dans les hôpitaux), l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère due à la grippe est en diminution continue depuis la semaine 5. En semaine 12, elle a atteint 0,3 admission par 100 000 habitants.

Le 13/11/2023, la surveillance du SARI a été étendue. Le réseau comprend désormais plus d'hôpitaux, une plus grande inclusion des patients et une collecte électronique des données. Bien que l'ancienne définition des cas de SARI soit toujours utilisée pour les graphiques de ce bulletin, de légères ruptures de tendance peuvent se produire pendant la phase de transition. Voir également la section 12.3 "Réseau des hôpitaux vigies".



7.3 Vaccination contre la grippe

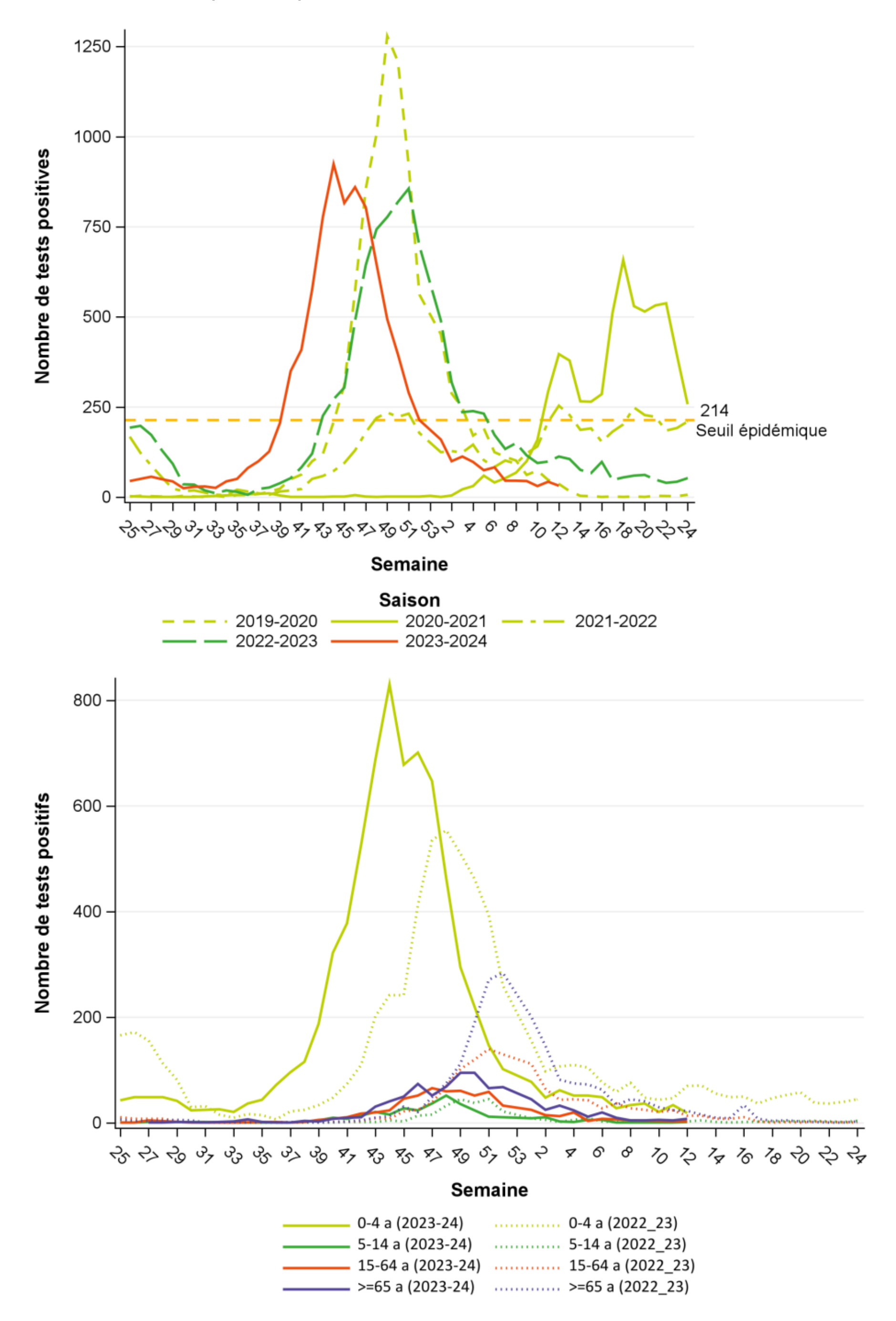
La vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes à risque et le personnel de santé. Vous pouvez consulter les recommandations nationales en suivant ce lien

8. RSV

8.1 RSV : activité

8.1.1 Tests de laboratoires pour le RSV

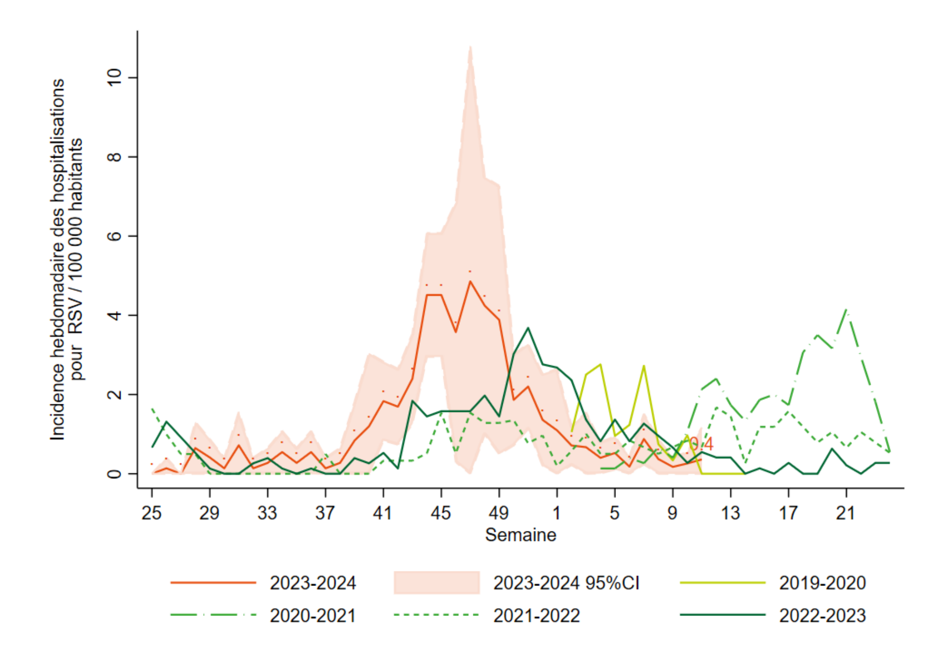
Le nombre de tests de laboratoire positifs pour le RSV est au niveau de base en semaine 12.



8.2 RSV : sévérité des infections : nouvelles admissions à l'hôpital (SARI)

L'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère due au RSV est restée stable en semaine 11 (0,4 admission par 100 000 habitants ; données incomplètes pour semaine 12).

Le 13/11/2023, la surveillance du SARI a été étendue. Le réseau comprend désormais plus d'hôpitaux, une plus grande inclusion des patients et une collecte électronique des données. Bien que l'ancienne définition des cas de SARI soit toujours utilisée pour les graphiques de ce bulletin, de légères ruptures de tendance peuvent se produire pendant la phase de transition. Voir également la section *12.3 "Réseau des hôpitaux vigies".*

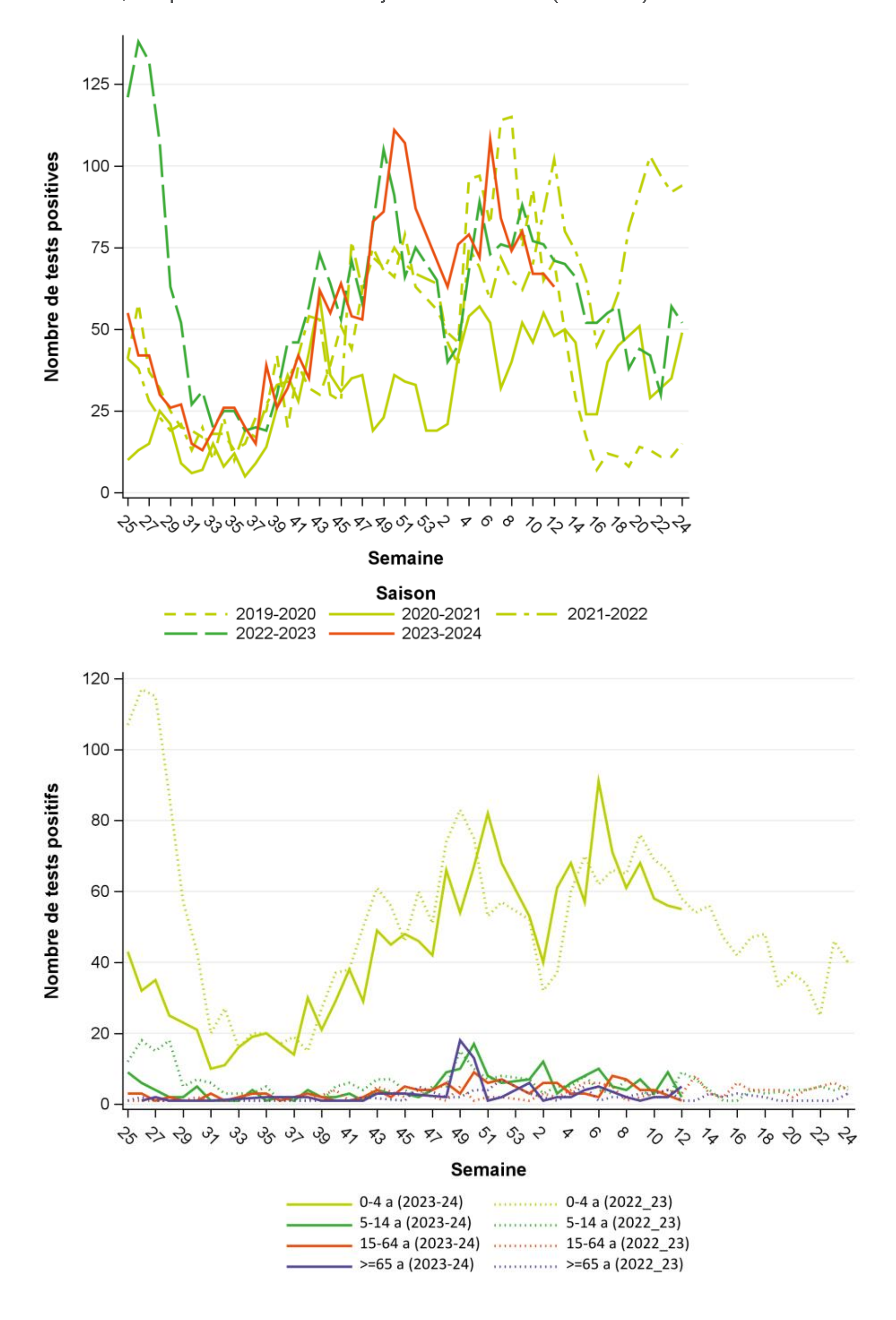


9. ADENOVIRUS

9.1 Adénovirus: activité

9.1.1 Tests de laboratoire confirmés pour adénovirus

Le nombre hebdomadaire d'infections pour l'adénovirus rapporté par le réseau des laboratoires vigies est en diminution en semaine 12, en particulier chez les jeunes enfants (0-4 ans).

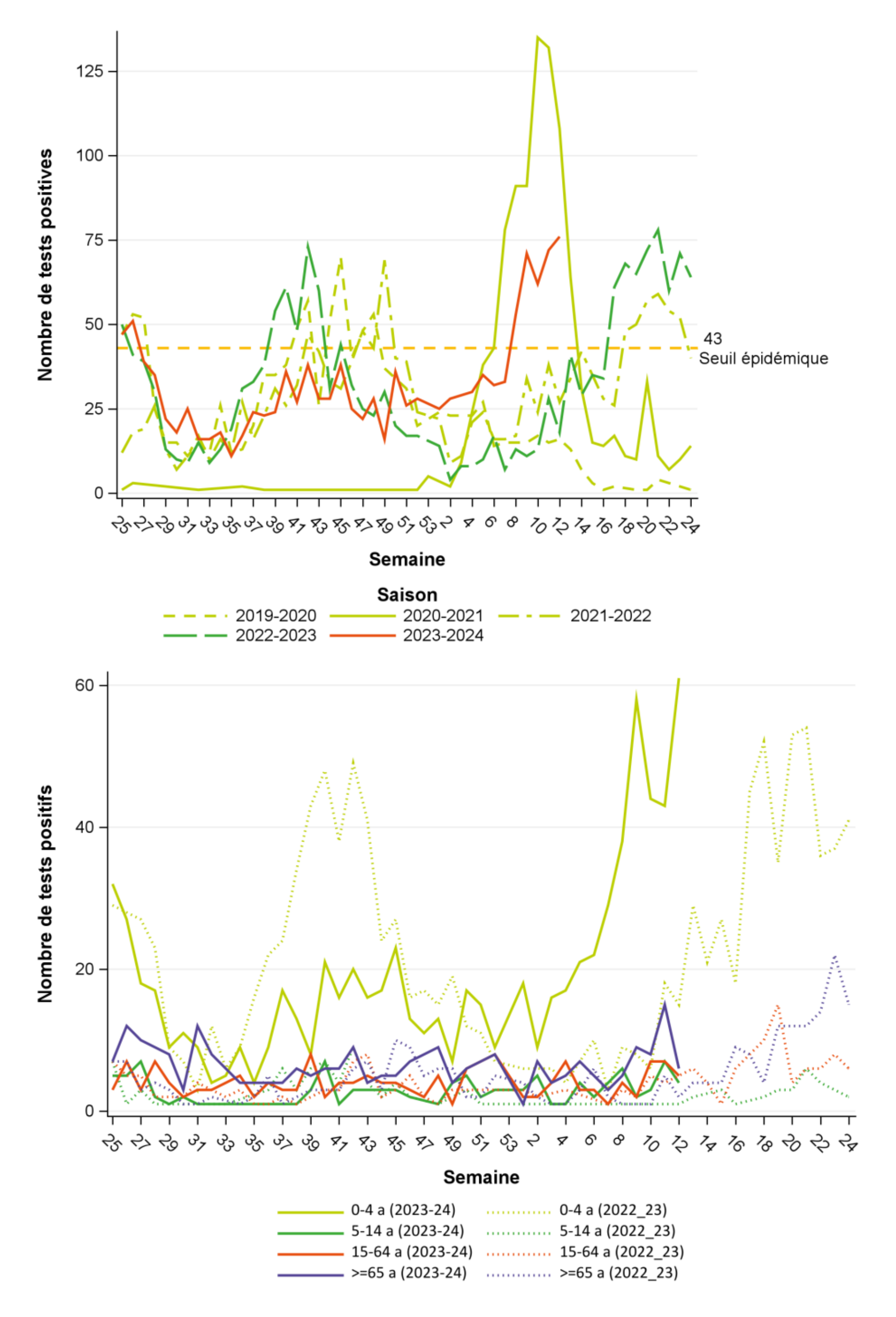


10. PARAINFLUENZAVIRUS

10.1 Parainfluenzavirus: activité

10.1.1 Tests de laboratoires confirmés pour parainfluenzavirus

Le nombre d'infections par le parainfluenzavirus rapporté par le réseau des laboratoires vigies a dépassé le seuil épidémique depuis quelques semaines. En semaine 12, le nombre d'infection est en augmentation chez les jeunes enfants.

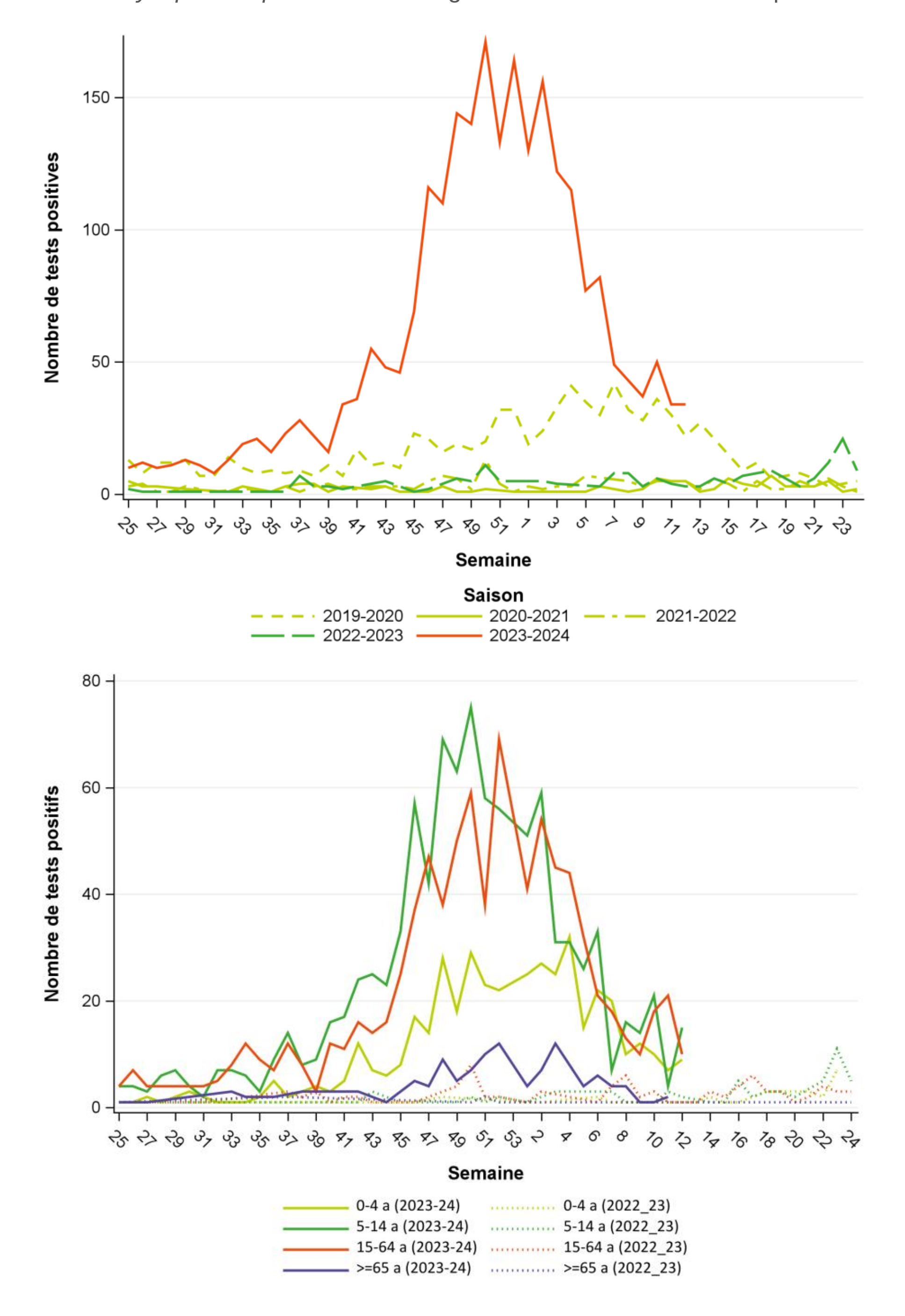


11. MYCOPLASMA PNEUMONIAE

11.1 Mycoplasma pneumoniae : activité

11.1.1 Tests de laboratoire confirmés pour Mycoplasma pneumoniae

Le nombre d'infections à *Mycoplasma pneumoniae* est globalement en diminution depuis la semaine 50.



12. ANNEXE 1: SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODES

12.1 CNR Influenza

Le laboratoire influenza de Sciensano est actif depuis 1977, et a été officiellement reconnu comme Centre National de Référence (CNR) pour l'Influenza en 2010.
Le CNR pour l'Influenza teste des échantillons cliniques collectés d'une part dans le cadre de la surveillance des syndromes grippaux, par le réseau de médecins généralistes vigies et de la surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (SARI) par un réseau d'hôpitaux vigies, et d'autre part, il teste des échantillons prélevés en dehors du contexte d'une surveillance.

12.2 Réseau des médecins vigies

Le réseau national des médecins vigies enregistre et communique des informations sur les maladies infectieuses et non infectieuses depuis 1979.
Chaque semaine, les médecins vigies enregistrent le nombre de consultations pour des problèmes de grippe et des infections aiguës des voies respiratoires. Ils prélèvent également des échantillons respiratoires sur un échantillon de leurs patients, qui sont analysés et typés par le CNR (Centre national de référence) Influenza.

À partir du 29 juin 2020, les médecins vigies ont enregistré également les résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 sur un échantillon de leurs patients.

12.3 Réseau des hôpitaux vigies

Depuis 2012, 6 et depuis 2023 10 hôpitaux généraux participent à la surveillance belge des infections respiratoires aiguës sévères (SARI). Le réseau couvre des patients de toutes les provinces belges et sont tous des hôpitaux à forte activité de soins intensifs. Tous les services hospitaliers de ces hôpitaux participent à la surveillance.
Pour chaque admission SARI à l'hôpital, les hôpitaux suivent les patients tout au long de leur séjour et enregistrent divers paramètres. Les informations recueillies comprennent les caractéristiques démographiques, les symptômes, les facteurs de risque et les comorbidités, le statut vaccinal, le traitement, la gravité et l'issue de la maladie. Outre l'enregistrement des données cliniques, un échantillon est également prélevé dans la gorge et/ou le nez de chaque patient au moyen d'un écouvillon. L'échantillon est testé pour les virus respiratoires par le Centre National de Référence pour la grippe.

12.4 Réseau des laboratoires vigies

Depuis 1983, le service d'épidémiologie de Sciensano, chargé de la surveillance des maladies infectieuses, coordonne un réseau de laboratoires microbiologiques appelés laboratoires vigies. Les données recueillies par ce réseau constituent les informations de base permettant de décrire l'épidémiologie des maladies infectieuses en Belgique et dans ses régions.

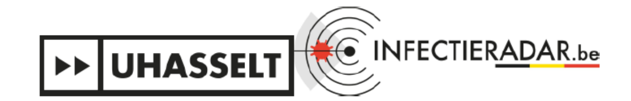
12.5 Réseau sentinelle des maison de repos et de soins

Dans le réseau sentinelle des maison de repos et (de soins) (MR/MRS), nous visons une sélection d'institutions géographiquement représentatifs de la population belge des MR/MRS. Ce réseau de surveillance sera actif à partir de la saison grippale 2022-2023.
Les MR/MRS rapportent chaque semaine le nombre de résidents présentant des symptômes de grippe et le nombre d'admissions à l'hôpital et de décès parmi ces résidents. Pendant la période d'activité grippale accrue, des échantillons des voies respiratoires sont également prélevés sur une partie des résidents. Ces échantillons sont analysés par le CNR de la grippe.

12.6 Infectieradar.be

Infectieradar.be fait partie d'Influenzanet, un partenariat européen entre diverses universités et autorités publiques. La plateforme de surveillance de la Belgique est active depuis le 29 mars 2021.

L'objectif d'Influenzanet est de cartographier et de surveiller les symptômes des infections, telles que le coronavirus (COVID-19), et de la grippe, et ce, auprès de citoyens européens. Toutes les personnes qui résident en Belgique et qui ont accès à Internet peuvent participer à Infectieradar.be, sur une base volontaire, et pour la durée qu'elles souhaitent. Vous pouvez participer en vous inscrivant sur Infectieradar.be au moyen d'une adresse électronique et d'un mot de passe personnel. Les personnes qui se sont inscrites comme participant à Infectieradar.be transmettent une fois par semaine à Infectieradar.be si elles ont développé de la fièvre ou d'autres plaintes au cours de la semaine écoulée. Ces données nous permettent de suivre l'évolution des plaintes en matière de santé en Belgique et leur développement au fil du temps.





12.7 Surveillance Be-MOMO

La surveillance Be-MOMO est active depuis début 2004. Elle est chargée de la surveillance la mortalité toutes causes confondues en Belgique, aux niveaux national et régional.
Réalisée sur une base hebdomadaire, elle peut détecter et quantifier en temps quasi réel la mortalité inhabituelle pouvant résulter d'épidémies comme la grippe, ou de conditions météorologiques ou environnementales extrêmes telles que les vagues de froid ou de chaleur, les pics d'ozone ou les pics de particules fines.

12.8 Baromètre de médecine générale

La version 2.0 du Baromètre COVID-19 a pour objectif une surveillance syndromique dans les cabinets de médecine générale et se centre sur un nombre restreint de données (suspicion ou confirmation de COVID-19, syndrome viral, grippal et infections aigues des voies respiratoires).
Ce nouvel outil a été développé pour être facile et rapide d'utilisation. Il se base sur les diagnostics codés dans les dossiers médicaux électroniques et, à la fin de la journée, un système d'AUDIT comptabilise automatiquement le nombre de diagnostics qui ont été codés pour ces indicateurs précis

12.9 Surveillance des tests et cas de COVID-19

La surveillance des tests pour le SARS-CoV-2 et du nombre de cas de COVID-19 est basée sur les données rapportées à Sciensano via la plateforme healthdata.be. Ces données comprennent à la fois les tests PCR et les tests antigéniques effectués en laboratoire ainsi que les tests antigéniques rapides effectués par des professionnels de santé tels que les médecins généralistes et les pharmaciens. Les résultats plus détaillés sont disponibles sur le dashboard COVID-19 de Sciensano. Plus d'informations sur la collecte et la présentation des données dans le cadre de cette surveillance sont disponibles dans le document Questions fréquemment posées.

12.10 Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2

La surveillance moléculaire du SARS-CoV-2 a pour but de suivre l'évolution de la diversité génétique du virus SARS-CoV-2, sur la base de l'analyse de la séquence du génome viral complet. La surveillance moléculaire de base est basée sur un échantillonnage de tous les échantillons positifs à la PCR en Belgique, sur lequel une analyse de séquence est effectuée par les laboratoires du plateforme d'analyse du génome.
La surveillance moléculaire sentinelle est basée sur l'analyse du génome des échantillons positifs à SARS-CoV-2 détectés dans le cadre de la surveillance des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) au sein du réseau d'hôpitaux vigies (section 12.3 de cette annexe).

12.11 Absences au travail pour cause de maladies

L'administration de l'expertise médicale (MEDEX) est responsable du contrôle de la santé du personnel des services publiques fédérales. Le réseau compte 13 centres régionaux ou les examens médicaux sont réalisés. Ce control permet ainsi de mesurer les conséquences des maladies, des accidents du travail ou d'autres types d'absence chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 80 529 le 1er janvier

2022). Les données MEDEX des absences journalières des fonctionnaires par maladie sont utilisées pour la surveillance des infections respiratoires, car elles peuvent être considérées comme un indicateur de celles-ci sur la population active.

12.12 Surveillance de SARS-CoV-2 dans les eaux usées

La surveillance de la circulation du SARS-CoV-2 via les eaux usées a démarré en septembre 2020. Depuis cette date, la concentration de SARS-CoV-2 à l'entrée de 30 stations d'épuration est mesurée une fois par semaine. Le suivi de l'évolution de la quantité de SARS-CoV-2 excrétée par les patients infectés permet de détecter une résurgence de circulation ainsi que l'atteinte de la circulation maximale lors d'une vague. Cette surveillance couvre 38 % de la population en Belgique, avec une couverture plus importante pour les zones citadines.
La présente surveillance est basée sur trois indicateurs d'alertes :

- L'indicateur nommé « Haute circulation » indique les zones de circulation élevée du virus pour la semaine en cours. Cela correspond à une situation où la charge virale surpasse la moitié de la valeur la plus haute enregistrée durant la 9ème vague, qui a débuté le 21 novembre 2022. Plus d'information sur les dates des vagues peut être consulté en ligne dans la FAQ.

- L'indicateur « Augmentation rapide » indique les zones dans lesquelles la circulation virale a augmenté rapidement par rapport à la semaine précédente, avec une pente de plus de 70 %.

- Enfin, l'indicateur « Tendance à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendance à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute circulation » deviendra positif si les charges virales atteignent des niveaux équivalent à la moitié de ceux enregistrés lors de la 9ème vague.
Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans le dernier rapport hebdomadaire de la surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la méthodologie, accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

12.13 Données de vaccination COVID-19

Toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont enregistrées dans Vaccinnet+, le registre national des vaccins COVID-19. Seules les vaccinations enregistrées dans cette base de données sont incluses dans les chiffres et les analyses de Sciensano. Toutes les informations relatives aux vaccins et campagnes de vaccinations en Belgique sont reprises dans le document des Questions Fréquemment Posées de la Surveillance de COVID-19. Les méthodes utilisées pour les calculs de couvertures vaccinales et les estimations de l'efficacité des vaccins COVID-19 sont décrites dans les questions 9.4 et 9.8 des Questions Fréquemment Posées de la Surveillance de COVID-19.

CONTACT:

Surveillance épidémiologique des infections respiratoires aiguës : epirespi@sciensano.be
Centre national de référence Influenza : respivir@sciensano.be
Réseaux de médecins généralistes : ppmv@sciensano.be
Surveillance du syndrome grippal dans les maisons de retraite : milena.callies@sciensano.be
Surveillance de la surmortalité : momo@sciensano.be
Infectieradar UHasselt : lisa.hermans@uhasselt.be
COVID-19 vaccination : covacsurv@sciensano.be
Résultats de tests COVID-19 : covid.data@sciensano.be
Surveillance basée sur les eaux usées : wastewater.info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussels • Belgium • T + 32 2 642 51 11 • T press + 32 2 642 54 20 info@sciensano.be • www.sciensano.be

Editeur responsable: Christian Léonard, Directeur • Rue Juliette Wytsman 14 • Brussels • Belgium

